

Faculté de Médecine de Paris

314

ANNÉE 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 27 Avril 1899, à 1 heure

PAR

Louis PUYAUBERT

Né à Corrèze (Corrèze) le 25 mai 1876

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PATHOGÉNIE DES FIBROMES

DE LA

Paroi Abdominale

Président : M. LE DENTU, professeur.

Juges : MM. PANAS, professeur.

RICHELOT et ALBARRAN, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

JOUVE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE 15

1899

Faculté de Médecine de Paris

ANNÉE 1899

THÈSE

N°

314

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 27 Avril 1899, à 1 heure

PAR

Louis PUYAUBERT

Né à Corrèze (Corrèze) le 25 mai 1876

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PATHOGÉNIE DES FIBROMES

DE LA

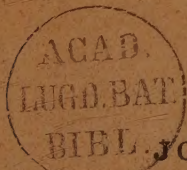
Paroi Abdominale

Président : M. LE DENTU, professeur.

Juges : MM. PANAS, professeur.

RICHELOT et ALBARRAN, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

JOUVE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1899

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

PROFESSEURS :		MM.
Anatomie		FARABEUF
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale		GARIEL
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales		BOUCHARD
Pathologie médicale	{	HUTINEL
		DEBOVE
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL
Histologie		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils		TERRIER
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET
Thérapeutique		LANDOUZY
Hygiène		PROUST
Médecine légale		BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie		N...
Pathologie expérimentale et comparée		CHANTEMESSE
		POTAIN
Clinique médicale	{	JACCOUD
		HAYEM
		DIEULAFOY
		GRANCHER
Maladies de enfants		JOFFROY
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		FOURNIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux		BERGER
Clinique chirurgicale	{	DUPLAY
		LEDENTU
		TILLAUX
Clinique ophtalmologique		PANAS
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON
Clinique d'accouchement	{	BUDIN
		PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAND	DUPRÉ	LEPAGE	THIROLOY
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MÉNÉTRIÉR	VARNIER
BROCA André	TOURETTE	MERY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILLEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques..... M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

LE DOCTEUR LOUIS BILLOT

A LA MÉMOIRE DE MES GRAND-PARENTS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR GUINARD

Chirurgien des Hôpitaux

A MONSIEUR MAUCLAIRE

Professeur agrégé
Chirurgien des Hôpitaux

À MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DENTU

Professeur de clinique chirurgicale
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

Il semble que la question des fibromes de la paroi abdominale soit aujourd'hui bien connue et par conséquent sans intérêt : après les travaux qui ont paru sur ce sujet depuis 1850 et surtout après le traité complet et magistral de MM. Labbé et Rémy, il pourrait paraître présomptueux d'en reprendre l'étude. Cependant depuis les travaux de Sängér et de Léopold, de MM. Delbet et Héresco, de M. Urbain Guinard sur les tumeurs du ligament rond, surtout depuis l'article de M. Aimé Guinard dans le « Traité de Chirurgie », la question est entrée dans une phase nouvelle.

Nous sommes bien fixés, en effet, sur la symptomatologie de ces tumeurs ; nous connaissons leur bénignité ; l'antisepsie nous permet de les enlever à fond et sans crainte de péritonite, mais il est un point encore obscur malgré les tentatives faites dans ces dernières années pour l'éclaircir : c'est leur pathogénie.

Considérées d'abord par Huguier comme étant

de nature ostéo-périostique, elles sont regardées par M. le professeur Guyon comme provenant des parties molles ; Grätzer soutenant les théories de Cohnheim, prétend que les fibromes des parois abdominales proviennent de dépôts embryonnaires ; Herzog y voit au contraire des cicatrices musculo-aponévrotiques et les compare aux cals exubérants des fractures, lorsqu'enfin MM. Labbé et Rémy reprennent la question et leur donnent comme étiologie unique l'effort de l'accouchement.

Telle n'est pas l'opinion de M. A. Guinard. Dans le *Traité de Chirurgie* il s'efforce de prouver que leur origine n'est point aussi banale qu'on veut bien le dire ; et lorsqu'on réfléchit aux symptômes et aux conditions dans lesquelles se présentent ces singulières tumeurs, on reste en effet convaincu qu'il y a encore une part d'inconnu dans leur pathogénie : développés à peu près uniquement chez la femme, comme nous essayerons de le prouver, et pendant la vie sexuelle, participant à l'évolution de l'utérus, augmentant avec lui pendant la grossesse, provoquant souvent des douleurs au moment des règles et parfois des métrorrhagies, ces fibromes semblent intimement liés à l'appareil génital de la femme.

Dès lors les théories actuelles ne pouvaient pas suffire, il y avait quelque chose de trop mystérieux dans ces tumeurs pour leur donner une pathogénie aussi vulgaire et l'auteur précité se demande s'il ne

faut pas admettre, avec Sängér les tumeurs intrapariétales du ligament rond et même des tumeurs errantes se développant en apparence fort loin de ce ligament.

Nous tenons à nous expliquer sur ce que nous voulons dire : nous ne voulons pas parler des tumeurs du ligament rond prises pour des fibromes de la paroi abdominale ; ce n'est pas sur une erreur de diagnostic et encore moins sur une confusion de mots que nous plaçons la question : il s'agit bien ici des fibromes de la paroi abdominale proprement dits, et avec M. Guinard, nous croyons que sinon tous, beaucoup d'entre eux au moins, proviennent du ligament rond.

Nous ne voulons pas reprendre toute l'histoire des fibromes de la paroi abdominale : le traité de MM. Labbé et Rémy reste et restera probablement toujours jeune au point de vue clinique et opératoire, il est un point seulement que nous voulons aborder, c'est celui de leur pathogénie. Nous sommes cependant obligés de faire un court historique qui ressemblera à tous les autres, puisqu'il ne saurait y avoir là d'originalité ; nous reprendrons ensuite la symptomatologie pour faire ressortir les faits qui nous semblent militer en faveur de la théorie que nous soutenons, et nous aborderons enfin la question de pathogénie sur laquelle nous nous étendrons de préférence. Nous passerons rapidement sur le diagnostic et le traitement,

renvoyant au Traité de MM. Labbé et Rémy ceux que la question intéresse. Nous ne voulons pas essayer de faire une mauvaise copie de leur monographie magistrale. Ce mémoire est donc divisé en cinq chapitres : 1° Historique ; 2° Anatomie pathologique ; 3° Symptomatologie ; 4° Pathogénie ; 5° Diagnostic, Pronostic et Traitement.

Nous n'aurions jamais osé aborder un tel sujet, si nous n'avions eu pour nous guider l'autorité scientifique de M. A. Guinard : nous sommes heureux de lui dire ici combien nous lui sommes reconnaissant de l'amabilité avec laquelle il nous a accueilli.

Nous avons voulu que le nom de notre oncle le D^r Louis Billot, figurât en tête de ce travail : c'est lui qui nous inspira tout enfant le goût de la médecine et qui fut notre premier maître. Nous avons devant nous toute une vie de travail, de probité médicale et de dévouement : notre seul désir est de l'imiter.

Nous croyons devoir citer encore les noms de notre arrière grand père, le D^r Léonard Terriou, de notre oncle Joseph Terriou et de notre cousin Alexis Senut, morts tous les deux à Paris, étudiants en médecine : c'est un hommage mérité que nous rendons à leur mémoire.

Enfin nous avons contracté envers nos Maîtres des Hôpitaux de grandes dettes de reconnaissance. Nous avons eu le plaisir d'être stagiaire dans le service de M. le Professeur Le Dentu : nous avons conservé

un tel souvenir de son enseignement, que nous l'avons prié de vouloir bien accepter la présidence de notre thèse : nous ne saurions trop le remercier de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant.

Pendant toutes nos études nous avons été l'élève de M. Mauclaire, professeur agrégé : après nous avoir appris l'anatomie et la médecine opératoire comme prosecteur, il nous enseigna la chirurgie dans le service de M. Le Dentu, dont il était alors le chef de clinique. Nous n'oublierons jamais ces leçons du jeudi où chacun pouvait apporter son idée, la discuter et la soutenir : nous souhaitons qu'il ait eu autant de plaisir à nous instruire que nous en avons eu à l'écouter.

Des dettes de reconnaissance, nous en avons également contracté envers M. le Professeur Landouzy, M. Maygrier, professeur agrégé, MM. Claisse, Aviragnet, médecins des Hôpitaux et M. Dubrizay. Enfin il n'est pas jusqu'à nos amis de Fursac, interne des Asiles ; Raoul Coudert, interne des Hôpitaux et notre cousin le Dr Dumay à qui nous ne devons beaucoup : qu'ils en reçoivent ici tous nos remerciements.

Je ne puis terminer sans exprimer à mes parents toute la reconnaissance que je leur dois : je ne puis et ne veux les nommer tous, ne voulant pas séparer ici ceux que je réunis dans une commune affection.

CHAPITRE PREMIER

Historique

Les auteurs font généralement remonter l'histoire des fibromes de la paroi abdominale à 1850, époque où, pour la première fois, Sappey publia l'observation d'un malade atteint de cette affection ; ce cas fut bientôt suivi par celui de Limaugé et, comme dans l'observation précédente, il s'agissait d'un homme.

Mais, suivant l'opinion de M. Michaux, ces faits peuvent donner lieu à quelque discussion ; nous n'y insisterons pas davantage ici, car nous nous livrerons sur ces deux cas à une critique minutieuse au chapitre de la pathogénie, et nous verrons alors ce qu'il faut en penser.

Quoiqu'il en soit, la même année, sont publiés les cas indiscutables de Langenbeck : les tumeurs étaient observées chez des femmes, comme c'est l'habitude.

Bouchacourt (de Lyon), en 1851, en publie une observation.

En 1855, nouveau cas publié par Santesson, chirurgien suédois.

En 1856, cas de Paget et chez un homme à la suite d'un traumatisme.

Jusqu'en 1860, aucune description d'ensemble n'avait été donnée de cette affection ; Huguier, le 22 août 1860, fait à la Société de Chirurgie l'histoire de ces tumeurs. Il en dégage les caractères essentiels : ce sont des fibromes, tumeurs bénignes, en rapport avec les os dont elles naissent par un pédicule et adhérentes accidentellement au péritoine. Cette affection est spéciale à la femme.

En 1861, paraît la thèse de Bodin ; inspirée par Huguier, elle reflète les idées du maître.

En 1862, leçon de Nélaton ; il divise ces fibromes en tumeurs de la fosse iliaque et tumeurs de la crête iliaque, et en cherche l'étiologie dans la congestion habituelle des organes du bassin produite par la menstruation et la conception. Il admet l'existence du pédicule.

En 1865, thèse de Cornils.

En 1868, leçon de Buntzen « sur la vulnérabilité du péritoine », en particulier, au sujet des tumeurs prépéritonéales.

La même année, M. le P^r Panas publie une observation très importante pour la théorie que nous sou-

tenons : il observe une de ces tumeurs chez une femme nullipare ; à l'opération, il trouve le néoplasme adhérent par un pédicule à l'extrémité externe du ligament de Fallope ; bien qu'aucune attache ne le relie au ligament rond, il admet néanmoins que cet organe en a été le point de départ. C'était la première fois que cette opinion était émise.

En 1873 : mémoire de Boye sur le traitement chirurgical des tumeurs prépéritonéales.

En 1875 : mémoire de M. Guyon ; il renverse la théorie de Huguier sur le pédicule ; thèse de Suadicani, à Kiel, où il étudie l'application de l'antisepsie à l'ablation de ces tumeurs.

En 1876 : thèse de Salesses. Il revient à la théorie du pédicule et propose un traitement qui en découle : la ligature sous-cutanée du pédicule qui nourrit la tumeur.

En 1878, Nicaise revient à la théorie osseuse ; il admet cependant que ces fibromes peuvent dans certains cas provenir des aponévroses.

En 1879 : thèse de Grätzer. Il applique à ces tumeurs les théories de Cohnheim sur les néoplasmes ; il croit « qu'elles proviennent de dépôts embryonnaires, qui n'ont besoin que de certaines excitations, pour croître, marcher, et apparaître ». L'afflux sanguin de la grossesse et partant la multiparité sont les causes déterminantes de leur développement.

En 1880 : leçons de Péan ; il cherche les caractères

tères qui peuvent les distinguer des autres tumeurs, en particulier des sarcomes de la même région ; il propose comme traitement « l'extraction faite avec le bistouri ou avec le couteau rougi ».

En 1881, Verneuil fait une clinique sur les fibromes de la paroi abdominale, à propos d'une malade atteinte de cette affection ; nous la reproduisons ici d'après les notes que nous a très aimablement communiquées M. A. Guinard, chirurgien des hôpitaux, alors son interne : elle a toute la valeur d'un document historique et résume l'état de la question à cette époque. Nous avons voulu n'y rien changer et même ne pas omettre certaines remarques assez curieuses qu'il fait à l'occasion de l'autopsie de la malade en question : ces digressions sont un peu spéciales, mais elles nous montrent les idées que l'on se faisait à une époque assez rapprochée de nous, mais néanmoins presque au début de la période antiseptique sur les accidents péritonéaux. Voici cette leçon qui est inédite :

TUMEUR FIBREUSE PÉRIPELVIENNE

Ce sont des tumeurs rares. Elles sont tantôt sous-cutanées comme celle que nous allons opérer, tantôt dans le ventre simulant une tumeur de la fosse iliaque. Elles présentent toujours des connexions étroites avec les aponévroses : souvent on y trouve des pédicules lâches qui vont à un os voisin (crête iliaque, symphyse du pubis, etc.). J'ai

fait avec M. Labbé en ville une extirpation d'une tumeur fibreuse sous-péritonéale qui tenait à l'épine iliaque par un pédicule.

Chez notre malade de la salle Lisfranc, la tumeur est médiane, et très mobile : cependant on s'assure facilement qu'elle tient à l'aponévrose du grand droit de l'abdomen. Mais je crois que cette adhérence n'est pas profonde : j'espère que le muscle lui-même n'est pas adhérent et que nous ne serons pas obligés de mettre à nu le péritoine comme cela m'est arrivé chez un homme, qui est mort de l'opération.

Ces tumeurs se présentent dans trois sièges : 1° avec adhérence à la paroi antérieure sans adhérence au péritoine ; 2° situation de la tumeur dans la paroi et alors le pronostic est beaucoup plus grave ; 3° situation extra-péritonéale dans une des fosses iliaques avec possibilité de décoller le péritoine sans le déchirer.

Ces tumeurs sont fibreuses ou fibro-plastiques, ce qui est tout un pour moi. Cependant *quand les éléments nucléaires abondent, quand la vascularité est grande, quand la marche est rapide, on a des chances de trouver de la généralisation et d'avoir des récidives.* Chez notre malade l'accroissement était très lent lorsqu'une grossesse a fait doubler le volume de la tumeur en peu de temps.

J'espère que les adhérences à la ligne blanche sont peu intenses, et d'ailleurs comme la tumeur est bénigne, on pourra en laisser un peu dans le pédicule. »

Quelques jours après l'opération la malade meurt, voici ce que dit Verneuil dans sa clinique :

« La malade du n° 1 de la salle Lisfranc est morte de péritonite : vous saviez pourtant que nous n'avions pas ou-

vert le péritoine. Il y a eu depuis l'opération un écoulement sanguin presque continu. Ballonnement du ventre, péritonite et mort le 18 à 6 heures du matin, à peine quatre jours après l'opération. C'est un vrai désastre chirurgical. »

Autopsie. — « J'ai établi qu'on pouvait faire des opérations pendant la grossesse, mais que jamais à moins d'urgence absolue, on ne devait en faire dans l'état puerpéral : les sutures des fistules manquent toujours dans ce cas là, etc. La femme enceinte a presque toujours du diabète, de l'albuminurie ou de la stéatose hépatique. A cet état des viscères vient s'ajouter l'hémorrhagie de l'accouchement et il y a dès lors des conditions de réceptivité spéciales. Où s'arrête l'état puerpéral ? En général chez les femmes bien portantes, cela dure deux mois, c'était déjà connu des anciens législateurs hébraïques, qui déclaraient la femme impure pendant deux mois après l'accouchement. Aussi deux mois sont la limite minima pour opérer les fistules vésico-vaginales. »

Mais si les parties locales (utérus, vagin, ovaire) sont revenues à l'état normal après deux mois, les viscères éloignés sont plus longs à revenir *ad integrum*. De Sinéty a bien vu cela expérimentalement. Ainsi, les lésions rénales et hépatiques surtout persistent beaucoup plus longtemps : eh bien ! notre malade du n° 1, salle Lisfranc, est morte par son foie. A l'autopsie *presque pas de péritonite et d'épanchement*, ou du moins pas assez pour expliquer la mort en 4 jours. Mais, en revanche, foie gras énorme. Ce qui me fait dire qu'elle est morte par le foie, c'est :

1° Les vomissements post-opératoires, car j'ai démontré que les vomissements qui suivent le chloroforme ne sont pas

le fait du chloroforme, mais d'une affection rénale et hépatique.

2^e *L'hémorrhagie prolongée.* — « C'est le foie, dit Monneret qui tient sous sa dépendance la plupart des hémorrhagies. » C'était une hémorrhagie primitive prolongée, et pour moi ces hémorrhagies sont constitutionnelles tout comme les hémorrhagies secondaires.

En résumé : Tant qu'il n'y a pas d'urgence absolue ajournez les opérations chez les femmes qui ont accouché récemment. »

En passant faisons remarquer que malgré le peu de lésions péritonéales observées à l'autopsie, il s'agissait bien d'une infection du péritoine suraiguë, telle qu'on en voit souvent et dans lesquelles l'intoxication est si rapide que le malade est mort avant que les lésions péritonéales et le pus aient eu le temps de se former.

En 1883 : thèse de Guerrier. Il reproduit les idées de M. Guyon et propose l'ablation de ces tumeurs faites selon la méthode antiseptique.

La même année Herzog décrit ces fibromes comme des cicatrices musculo-aponévrotiques et les compare aux cals exubérants des fractures.

Sänger reprend la question : il s'efforce de prouver que ces fibromes proviennent des aponévroses et des tendons : il crée un terme nouveau et les appelle tumeurs desmoïdes.

Puis il étudie les tumeurs du ligament rond et admet en dehors des tumeurs intra-péritonéales, intra-canaliculaires et intra-pariétales de cet organe, l'existence de tumeurs se développant « en des points éloignés de la paroi abdominale avec des connexions étiologiques présumées avec le ligament rond. »

En 1886 : thèse de Damalix ; puis, mémoire de Terrillon, où il expose ses opinions sur la classification et le traitement de ces tumeurs.

En 1888, MM. Labbé et Rémy font l'histoire complète de ces fibromes : ils font remarquer que ces tumeurs se présentent toujours au moment de l'activité sexuelle ; qu'elles sont toujours inter-aponévrotiques et n'adhèrent primitivement ni au péritoine, ni aux téguments ; ils nient l'existence du pédicule et ruinent la théorie ostéo-périostique, pour la remplacer par la théorie qui fait de l'effort de l'accouchement le facteur étiologique de ces tumeurs. Ils étudient ensuite le diagnostic et proposent comme traitement l'ablation complète. L'étude des complications de l'opération forme les cent dernières pages de l'ouvrage.

En 1890, paraît un travail de Leddherose. Depuis cette époque jusqu'aux travaux les plus récents nous ne citerons que les communications de Ledru, en 1891 ; de Témoin, en 1893 ; de Gross, la même année ; de Verneuil, en 1894 ; de Panizo y Muñoz, 1895 ;

quelques réflexions de Mesmet (1895) qui croit de nouveau au pédicule.

Plus récemment la question est de nouveau reprise ; en 1896, la thèse de Farayre ; en 1897, celles de Bireaud et de Noirot ; en 1898, thèse de Duchêne, à Lyon. La même année paraît l'article de M. Michaux, dans le *Traité de Chirurgie* de Duplay et Reclus.

Pour terminer citons l'article de M. A. Guinard, dans le *Traité de Chirurgie* de Le Dentu et Delbet : pour cet auteur les théories pathogéniques admises jusqu'à présent n'expliquent pas tous les faits ; il croit que beaucoup des fibromes de la paroi abdominale sinon tous, proviennent du ligament rond. C'est cette pathogénie que l'*examen sans parti pris et sans idée préconçue* des faits publiés jusqu'ici, nous a conduit à admettre. Et c'est la démonstration de la réalité de cette pathogénie, pour la majorité des cas, qui fait l'objet de ce travail.



CHAPITRE II

Anatomie pathologique

Nous passerons rapidement sur l'anatomie pathologique de ces tumeurs : elles sont généralement uniques ; cependant, dans trois observations rapportées dans le travail de MM. Labbé et Rémy, elles étaient doubles.

Un point qui a pour nous plus d'importance est de savoir quel est exactement leur siège : disons tout de suite qu'on les a rencontrées dans toute l'étendue de la paroi abdominale, excepté sur la ligne médiane et l'ombilic, mais le point où elles se développent le plus fréquemment est la région inguinale au voisinage de l'arcade de Fallope ou de l'épine iliaque antéro-supérieure. Nous reviendrons du reste avec plus de détails sur cette question au chapitre de la pathogénie : nous ne faisons que signaler ici leur fréquence dans cette région sans en tirer les conclusions qu'elle comporte, nous réservant de le faire plus loin.

Quant au siège anatomique de ces néoplasmes, il est très difficile de le déterminer exactement : les auteurs sont très vagues sur ce point dans leurs observations ; toutefois nous remarquerons que ces tumeurs ont été appelées prépéritonéales et qu'on a signalé leur fusion très fréquente avec le péritoine : nous aurons à revenir sur l'interprétation de ces faits.

Leur volume est essentiellement variable et depuis la tumeur de la grosseur d'une noisette jusqu'au fibrome descendant jusqu'aux genoux, tous les intermédiaires se rencontrent, cela dépend uniquement de la période de leur évolution où on les a observées.

Les anciens auteurs croyaient toutes ces tumeurs pédiculées ; or, MM. Labbé et Rémy, critiquant toutes les observations rapportées, en arrivent à la conclusion de la non-existence du pédicule, ou plutôt, pour nous servir de leurs propres termes, ils croient « que le pédicule n'existe pas souvent s'il a jamais existé ».

Il est bien difficile d'être fixé sur ce point ; les chirurgiens dont nous avons parlé, étant absolument convaincus de l'existence de ce pédicule, le recherchaient et le trouvaient : prévenus comme ils l'étaient, il est bien possible qu'ils aient cru voir un pédicule là où il n'y avait que des adhérences secondaires. Nous signalons ce fait sans en tirer de conclusion, croyant que de nouvelles recherches sont nécessaires sur ce

point et que seules des dissections minutieuses peuvent résoudre la question. Nous ferons remarquer cependant l'importance de cette erreur anatomique conduisant par un raisonnement logique à un traitement erroné de ces tumeurs : la ligature du pédicule.

La constitution de ces néoplasmes donne lieu à de nouvelles discussions.

Macroscopiquement ce sont des tumeurs de couleur grisâtre, de consistance ferme, dure, criant sous le couteau : « Ces fibromes offrent sur la coupe une coloration grisâtre ou rosée et souvent pointillée de rouge par les vaisseaux. Leur surface de section est sillonnée de bandelettes à reflets nacrés, qui sont contournées, entre-croisées, disposées en spirales, en tourbillons, en cercles concentriques et qui rappellent l'apparence du tissu des étoffes damassées ». En grossissant, la tumeur présente souvent des dégénérescences myxomateuses ou kystiques.

Microscopiquement, elles sont constituées par du tissu fibreux : « fibres larges ou étroites, rectilignes ou onduleuses du tissu conjonctif ». On trouve aussi surtout dans les grosses tumeurs du tissu amorphe compris dans les travées précédentes.

Mais il est un point sur lequel nous désirons appeler l'attention : dans le mémoire de MM. Labbé et Rémy, on rapporte un certain nombre d'observations où l'on a trouvé dans la tumeur du tissu sarcomateux. Or, nous ne croyons pas qu'on doive

considérer ces tumeurs comme de vrais fibromes : nous nous appuyons pour cela sur l'autorité des classiques et nous disons avec M. Peyrot : « quelquefois on aurait noté dans ces fibromes des cellules fibro-plastiques, mais alors ce sont des sarcomes qui offrent pendant une période tous les caractères des fibromes ». (Peyrot. — Manuel de Pathologie externe : Fibromes de la paroi abdominale).

Il faut en somme faire un départ entre les sarcomes et les fibromes proprement dits. Il est clair qu'il doit y avoir dans la paroi abdominale antérieure des sarcomes aponévrotiques tout comme à la face antéro-interne de la cuisse. C'est évidemment à ces cas là que Verneuil fait allusion quand il parle de généralisation : les purs fibromes ne se généralisent assurément pas, nous pouvons donc éliminer de la question tous les faits dans lesquels on décrit histologiquement des « coins » sarcomateux dans la tumeur.

On a signalé aussi des fibres musculaires lisses, nous avons pu en rassembler douze observations environ ; or, MM. Labbé et Rémy qui acceptent comme fibromes de la paroi abdominale, les tumeurs qui avec du tissu fibreux présentent des cellules fibro-plastiques, rejettent les cas de fibromes à fibres musculaires lisses, qu'ils ont rapportés dans leur ouvrage et en particulier celui de M. le professeur Panas, sous prétexte qu'il s'agit alors de tumeurs du

ligament rond : nous n'admettons pas cette hypothèse, nous croyons que les tumeurs observées étaient bien des fibromes de la paroi abdominale proprement dits, nous voyons seulement dans ces faits, une confirmation de la théorie pathogénique que nous soutenons et qui fait dériver ces tumeurs du ligament rond, croyant avec M. Reclus, « que les éléments associés ne sont que les vestiges des tissus où le fibrome a pris naissance et diffèrent suivant le siège du néoplasme. » (Reclus : Manuel de Pathologie externe).



CHAPITRE III

Symptômes

Il est probable que le début de ces tumeurs passe complètement inaperçu et que si l'on a si peu de renseignements sur leur période initiale cela est dû en partie à leur indolence remarquable. L'attention de la malade n'étant par conséquent attirée par aucune gêne du côté du fibrome, il n'est généralement reconnu que lorsqu'il a atteint un développement suffisant pour se manifester par une déformation extérieure.

Généralement à cette période la tumeur a acquis le volume d'une noix ou d'un œuf de poule, mais il est des cas où elle atteint un volume énorme, n'inquiétant pas la malade qui croit à l'existence d'une grossesse normale, et parfois gémellaire, en raison du développement exagéré de l'abdomen. Mais ces faits sont rares, hâtons-nous de le dire.

La plupart du temps au moment où le chirurgien est consulté, il se trouve en présence d'une tumeur de la grosseur d'une noix, dure, de consistance élas-

tique, rénitente, roulant sous le doigt, à surface habituellement lisse, toujours latérale, et généralement située au dessous de l'ombilic, parfois à son voisinage : le plus souvent dans les fosses iliaques ou la région inguinale. La peau est naturellement mobile à sa surface et se laisse pincer facilement. En déplaçant la tumeur on provoque souvent l'apparition d'une corde que l'on a prise parfois pour un pédicule et qui en réalité est très probablement produite par la tension des muscles ou des tendons qui l'entourent.

Dans quelques cas ces tumeurs, ordinairement indolentes, provoquent l'apparition d'élancements. Il est probable que ces phénomènes névralgiques proviennent de la compression de filets nerveux.

Enfin signe pathognomonique, la tumeur est immobilisée par la contraction des muscles abdominaux.

L'apparition des fibromes de la paroi abdominale étant intimement liée à l'évolution de l'appareil génital de la femme, il est intéressant de rechercher quelle peut être l'influence des phénomènes physiologiques des organes génitaux sur l'évolution de ces tumeurs, c'est-à-dire l'action des règles, des grossesses, de la ménopause sur ces néoplasmes, ou réciproquement leur influence sur les fonctions de ces organes.

D'une façon générale les fibromes de la paroi abdominale n'ont pas paru avoir une très grande

influence sur les règles, cependant dans un certain nombre d'observations leur action est manifeste.

Citons tout d'abord l'observation de Nicaise ;

OBSERVATION I

Il s'agit d'une femme âgée de 43 ans, qui se présente en 1877 portant un fibrome de la paroi abdominale dans le flanc gauche :

« Elle a été bien réglée jusqu'au mois de janvier 1877. A ce moment elle eut une perte qui dura quinze jours ; un léger écoulement sanguin persista pendant trois mois. Du mois de mars à la fin d'août, les règles ne parurent pas ; au commencement de septembre, elles reparurent pendant un ou deux jours, s'arrêtent, puis reviennent le 8. L'écoulement sanguin se continue jusqu'au mois d'octobre, s'arrête pendant deux jours, pour reprendre encore pendant une quinzaine.

Les organes du bassin furent examinés avec le plus grand soin, mais je ne constatai rien d'anormal ni dans l'utérus, ni dans les annexes ; il n'y avait aucune tumeur ni dans le bassin, ni dans les fosses iliaques.

Le diagnostic fut : tumeur fibreuse des parois abdominales adhérente aux aponévroses et probablement à la crête iliaque.

L'interrogatoire de la malade m'avait fait craindre des complications du côté du bassin, mais l'examen direct me démontra que les troubles menstruels devaient être rattachés à la ménopause ou peut être au voisinage d'une énorme tumeur dont le développement rapide a coïncidé précisément avec l'apparition des troubles menstruels ».

Cette observation, comme nous le voyons, peut donner lieu à quelques critiques, l'âge de la malade (43 ans), pouvant faire rapporter ces troubles à la ménopause. Il n'en est pas de même dans les faits qui vont suivre.

Dans l'observation ci-jointe de Langenbeck, la tumeur aurait rendu les règles douloureuses, en même temps qu'elles diminuaient d'abondance :

OBSERVATION II. — Fibrome de la paroi abdominale,
par Langenbeck.

Frédérique B..., 24 ans, reçue le 7 mai 1850 à la clinique. De bonne santé habituelle, elle avait été réglée à 14 ans. Le 14 décembre 1846, elle accoucha pour la première fois, difficilement, mais cependant régulièrement. En avril

1848 elle remarqua, par hasard, une tumeur de la grosseur d'un haricot dans le voisinage de l'ombilic, sur le côté gauche, sous la peau qui se laissait déplacer pendant que celle-là restait fixe.

Seulement aux changements subits de température et à l'époque de la menstruation la tumeur devenait douloureuse. Elle resta presque un an sans grossir, mais subitement elle augmenta de volume, sans que les bains, les sangsucs ou les frictions eussent de résultat sur elle. Plus elle s'accrut, plus les douleurs devinrent fortes à la période des menstrues qui diminuèrent d'abondance.

Il en aurait été de même dans la première observation de la thèse de Bodin :

OBSERVATION III

Joséphine M..., âgée de 25 ans, blanchisseuse, réglée à 18 ans, porte au-dessus du pli de l'aîne droite, une tumeur d'abord indolente pendant plusieurs mois, mais qui le 7 juin 1859 est devenue douloureuse brusquement sans cause connue...

Les règles sont très régulières mais *pénibles* et *exagérant la plupart des troubles fonctionnels*.

Marciguey dans une observation recueillie en 1886 dans le service de M. le Professeur Tillaux, nous relate les faits suivants :

OBSERVATION IV

Madame X..., âgée de 24 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, le 27 octobre 1885, salle Sainte-Marthe, lit n° 4.

D'une bonne santé habituelle, cette malade a eu un enfant en 1882. Les suites de couches furent normales. Il y a un an environ les règles se suspendirent pendant deux mois ; elles reprennent le mois suivant et furent suivies à quelques jours d'intervalle d'une perte continue qui dura 21 jours. A la période menstruelle suivante, c'est-à-dire il y a huit mois, la malade ressentit près de la crête iliaque droite une légère douleur. Elle éprouvait également un sentiment de pesanteur dans la région lombaire. En touchant le point douloureux abdominal, la malade sentit rouler, sous son doigt une tumeur lisse, arrondie, du volume d'une noisette ; elle augmentait paraît-il de volume au moment des règles, etc. Examinée au microscope après ablation, la tumeur fut trouvée être un fibrome.

Dans un cas de M. Labbé, on observe des troubles sérieux de la menstruation pendant deux mois, et

après chaque époque la tumeur semble grossir d'une façon appréciable. »

Dans une observation de Sidow : on note une disparition des règles coïncidant avec un grand développement du ventre. L'on croit à une grossesse, mais comme elle se prolonge au-delà du terme normal, on diagnostique une tumeur de la paroi abdominale.

Le rapport inverse des règles sur les fibromes semble plus fréquent : c'est ainsi que nous notons dans une observation de Bodin « des élancements que la malade compare à des coups d'épingle, plus forts avant et après les règles » existant dans la tumeur; dans l'observation de Marciguey rapportée plus haut, la malade remarque que la tumeur augmentait au moment des règles; dans le cas précédent de M. Labbé « un développement appréciable du fibrome se note à chaque période menstruelle. »

Dans une autre observation de Bodin on note des élancements au moment des règles. Enfin on a remarqué souvent l'augmentation du fibrome aux périodes menstruelles.

L'on nous dispensera de reproduire toutes les observations qui ont trait à cette influence, les exemples n'en sont pas rares comme en témoignent les faits rapportés ici; l'on pourra s'en rendre compte en parcourant les thèses qui ont trait aux fibromes de la paroi abdominale.

L'influence de ces tumeurs sur la grossesse est

généralement nulle : la grossesse suit son cours régulier et dans aucun cas n'a été interrompue du fait du néoplasme. Cependant on a noté des phénomènes douloureux qui ne sont que le résultat de la distension des parois abdominales surajoutée à celle qui se produit normalement à cette époque.

L'action de la grossesse sur ces fibromes semble au contraire beaucoup plus importante : nous relevons, en effet, plusieurs observations où ces tumeurs ont commencé à se développer pendant la grossesse ou se sont accrues d'une façon très rapide sous cette influence si elles existaient déjà. Ce sont les cas d'Herzfelder, d'Esmarch, de Boye, de Thomas, de Hanks et de Labbé. L'observation inédite de Verneuil est typique à cet égard.

Dans un cas de Bodin on note également un accroissement très rapide pendant la grossesse ; dans une observation de Broca, « la tumeur se met à grossir très visiblement et son volume donna au ventre de la malade une dilatation peu commune, si bien que cette grossesse fut plus fatigante que les autres, non pas tant par le fait de la grossesse, mais par le fait de la complication. »

Enfin dans deux cas, l'un de Bireaud, l'autre de Duchêne, cette influence est manifeste également.

Dans une observation de Volkmann, la tumeur se serait développée seulement après la grossesse.

Il serait intéressant aussi, de savoir si la méno-

pause exerce une certaine action sur ces tumeurs et si on ne les verrait pas ne plus s'accroître ou diminuer de grosseur à l'âge de retour comme cela se voit quelquefois pour les fibro-myômes de l'utérus. Nous posons la question sans la résoudre, les auteurs étant généralement muets sur ce point, et nous croyons trouver la cause de ce silence dans le fait que les tumeurs sont le plus souvent devenues gênantes par leur volume et par conséquent sont généralement enlevées à l'âge où la ménopause survient.

Cette conception de l'influence de la ménopause qui est uniquement théorique, ne nous semble pas devoir être sûrement résolue par l'affirmative, car nous savons que les tumeurs du ligament rond ne paraissent nullement être influencées par la ménopause et comme il y a de grandes relations entre ces deux sortes de néoplasmes, nous sommes autorisé à croire qu'il en serait de même dans le cas qui nous occupe.

On sait d'ailleurs maintenant que même pour les fibromes de l'utérus, l'influence atrophiante de la ménopause est beaucoup moins générale qu'on ne l'a cru autrefois.

La thèse de Bazor, en particulier, inspirée par M. Guinard, montre bien qu'il n'est pas rare de voir des fibromes utérins continuer à croître après la ménopause. Parfois même, bien que plus rarement, ces tumeurs commencent à se développer après le retour

d'âge. Or s'il en est ainsi pour les fibromes de l'utérus lui-même, à plus forte raison, peut-on supposer qu'il en sera de même pour les fibromes du ligament rond, quel que soit d'ailleurs leur siège.

Nous allons rechercher ce que deviennent ces tumeurs : dans une première période, leur évolution est très lente, puis brusquement soit sous l'influence de la grossesse, soit sous des influences encore indéterminées, elles se mettent à grossir ; leur évolution devient très rapide : « elles ne s'arrêtent plus dans leur marche et atteignent souvent alors des volumes énormes : on en voit qui descendent jusqu'aux genoux (Cas de Rokitansky et de Labbé). »

Quoiqu'il en soit au moment où l'accroissement devient rapide, ces tumeurs retentissent profondément sur l'organisme et sur l'état général, indépendamment des complications qui peuvent survenir et qui ne font que contribuer à l'anémie du malade.

Les caractères des fibromes de la paroi abdominale arrivés à ce point de leur développement sont les suivants : ils occupent parfois toute la région abdominale et donnent souvent la sensation de tumeurs multilobulées de consistance inégale. Ils subissent fréquemment des dégénérescences qui provoquent leur ramollissement. En cette période de leur évolution sous l'influence des frottements qu'ils subissent, il se produit quelquefois du côté de la peau qui les recouvre des troubles trophiques importants : œdèmes,

épaississements hypertrophiques et ulcérations, qui s'accompagnent parfois d'hémorrhagiés.

Naturellement les symptômes fonctionnels, sentiment de pesanteur et tiraillements, indépendamment de l'altération de la santé générale que nous avons signalée, sont en raison du développement de la tumeur et de la gêne mécanique qu'elle provoque.

Il n'existe jamais de retentissement ganglionnaire, ces tumeurs étant toujours de nature bénigne et ne se généralisant pas, malgré les symptômes généraux dont elles s'accompagnent parfois, mais qui disparaissent rapidement après l'ablation du néoplasme.



CHAPITRE IV

Pathogénie

Depuis que les travaux de Huguier attirèrent l'attention sur les fibromes de la paroi abdominale, les théories pathogéniques et étiologiques se sont succédées pour expliquer la production de ces curieux néoplasmes.

La première qui fut émise, est celle qui considère ces fibromes comme étant de nature ostéo-périostique et en quelque sorte, analogues à ce que sont chez l'adolescent les tumeurs fibreuses de la base du crâne.

Huguier en est l'auteur ; à la séance de la Société de Chirurgie du 22 août 1860, en même temps qu'il communique ses observations sur « certaines tumeurs fibreuses rencontrées chez la femme » il signale leur adhérence au périoste et particulièrement au périoste de l'épine iliaque antérieure et supérieure ; il ajoute du reste : « la cause en est inconnue et l'âge adulte

seul en a jusqu'ici offert des exemples. » Par conséquent il n'est pas encore bien fixé ni sur leur étiologie ni sur leur pathogénie, et ce n'est que l'idée du pédicule aidant qu'il en arrive et par un raisonnement logique à la doctrine ostéo-périostique : ces tumeurs doivent nécessairement provenir sinon des os, au moins du périoste avec lequel elles sont en contact.

La leçon de Nélaton en 1862 confirme les idées de Huguier ; il admet l'origine ostéo-périostique de ces fibromes et leur donne un point d'origine constant à la crête iliaque et plus particulièrement à l'épine antéro-supérieure.

Dès lors la théorie ostéo-périostique allait régner sans conteste au moins en France, car à l'étranger c'était au contraire la théorie fibro-musculaire qui était admise.

Or de cette théorie ostéo-périostique, que restait-il aujourd'hui ? A peu près rien.

MM. Labbé et Rémy faisant la critique des observations où le pédicule a été senti, on arrive tout simplement à conclure « que le pédicule n'existe pas souvent s'il a jamais existé. »

Nous devons tout d'abord remarquer qu'il n'a jamais été donné une description très nette de ce pédicule d'implantation périostique ; autant les auteurs sont précis sur l'existence de la sensation de tumeur pédiculée, avant l'opération, autant lorsqu'ils mettent le fibrome à nu leurs descriptions sont peu nettes sur

ce point et pourtant le contraire ne devrait-il pas avoir lieu !

« Richet et Broca sentirent le pédicule mais aucun des deux ne le vit. Richet fit une ligature sous-cutanée qui ne le lui montra pas, et Broca n'opéra pas. »

L'opération montra à Péan qu'un pédicule qu'à l'examen clinique, il avait trouvé adhérent à l'os n'y atteignait pas ; Bard trouva une prétendue adhérence au pubis constituée par les tendons du droit antérieur ; M. Tillaux, en 1886, croit sentir le pédicule « et ne trouve pas d'adhérences à l'os pendant l'extirpation. » Molière et Duchaussoy, pas plus que M. Labbé, dans les dix observations qu'il rapporte dans son ouvrage, n'ont jamais rencontré non plus le pédicule.

Dès lors il paraît bien que c'est une interprétation fausse de leurs sensations qui a fait croire aux auteurs qui ont étudié les fibromes de la paroi à l'existence de ces pédicules : il est probable que les brides et les adhérences secondaires qui relient la tumeur au squelette voisin ne sont pas étrangères à cette erreur.

Et du même coup nous en avons fini avec la théorie ostéo-périostique.

En 1879, Grätzer dans une thèse de Breslau, cherche à faire un essai de classification de ces tumeurs et en donne en même temps une théorie

pathogénique : c'est uniquement l'application des théories de Cohnheim sur la pathogénie des tumeurs à ce cas particulier. Il invoque la disposition embryonnale. Il admet que ces néoplasmes « proviennent de dépôts embryonnaires qui n'ont besoin que de certaines excitations pour croître, marcher et apparaître », et la cause de ces excitations, il la trouve dans l'afflux sanguin de la grossesse et en donne comme preuve la fréquente apparition des fibromes chez les multipares : « Chez celles-ci la distension fréquente de la peau du ventre contribue visiblement au développement des germes des tumeurs, d'autant plus que, par le relâchement, la force de résistance physiologique a été amoindrie et l'accroissement des dispositions embryonnales a été facilité. »

Puis comme preuve de l'hypothèse de Cohnheim, il invoque « le point de départ des fibroïdes de la paroi, dans le feuillet postérieur de la gaine du droit. Dans l'embryon, l'appareil moteur et le canal intestinal sont d'abord représentés par un seul feuillet, le mésoderme. Au dépens de celui-ci se développe d'une part le tube intestinal avec sa séreuse. S'il est normal de ne pas songer à une séparation parfaite de trois ou quatre feuillets blastodermiques, qu'est-ce qui semble plus simple que la pensée suivante : dans un stade quelconque du développement embryonnaire sur les limites des systèmes séreux et musculo-tendineux, une complication intercurrente détermine une hyper-

génèse ou une déviation des feuilletts ou germes. Ceux-ci dans certaines conditions, sont excités à s'accroître et se mettent à paraître.

Dans l'un des fibromes opérés ici (observation qu'il rapporte dans sa thèse), des faisceaux de fibres musculaires lisses ont été rencontrés. Ceci me fortifie dans mon opinion. Ceux-ci peuvent appartenir à des vaisseaux qui sont un dérivé du mésoderme ou bien ce peuvent être des muscles striés à la période embryonnaire, ou enfin des muscles lisses séparés du tube intestinal : toutes ces suppositions parlent pour la disposition embryonnaire.

En admettant le dépôt embryonnaire, on explique d'une manière analogue la présence du myxo-fibrome et du fibro-sarcome » (Grätzer).

Cette théorie se rapproche un peu, tout au moins par l'idée, de celle que nous admettons et qui explique, croyons-nous, une grande partie des fibromes de la paroi abdominale, mais elle est trop vague et ne s'appuie sur aucune considération clinique et anatomique qui puisse la démontrer : l'idée était bonne, il s'agissait seulement de la préciser et de ne pas se perdre dans des hypothèses plus ou moins hasardées.

Nous n'insisterons pas plus longtemps sur ces théories à coup sûr intéressantes, mais présentant surtout une importance historique pour arriver à la théorie mécanique et dont la théorie de MM. Labbé et Rémy, que nous examinerons en dernier lieu est

dérivée, car ce n'est en somme qu'un cas plus particulier du traumatisme qu'ils admettent : l'accouchement :

La théorie d'Herzog date de 1883 ; « il décrit les fibromes de la paroi abdominale comme des cicatrices musculo-aponévrotiques exubérantes et les compare aux cals des fractures ». Ils dériveraient des cicatrices provenant de la réparation des muscles ou des aponévroses : « Ces tumeurs succédant à un traumatisme auraient pour origine le travail inflammatoire qui répare les muscles ou les aponévroses endommagés ; il pourrait se présenter une période intermédiaire, le sang extravasé par suite de la rupture, formant d'abord un hématome. Cet hématome se résorberait et se transformerait en une cicatrice, laquelle cicatrice à son tour prendrait une marche compliquée, deviendrait exubérante et enfin passerait à l'état de tumeur ».

C'est donc exclusivement le traumatisme qui est incriminé. Nous ferons plus loin une critique détaillée de cette théorie, mais auparavant, nous devons faire une remarque générale devenue banale à force d'être répétée, mais néanmoins indispensable : les malades de quelque affection qu'ils soient atteints ont une tendance bien explicable du reste à vouloir en rechercher l'étiologie ; or, généralement, c'est dans les causes simples et dont la compréhension est à la portée de leur intelligence qu'ils vont en trouver une cause, et

c'est ainsi que nous verrons le froid, la chaleur, les traumatismes invoqués d'une façon constante. Dans les néoplasmes particulièrement, cette tendance s'exagère : quel est le cancer du sein qui n'a pas été précédé d'un coup dans cette région, quelle est l'ostéite tuberculeuse qu'on ne rattache pas à tort ou à raison à une chute sur la région malade, lorsqu'on ne va pas encore plus loin, en établissant une relation entre un abcès de l'aisselle et un effort qui l'avait précédé ou un rhumatisme articulaire aigu localisé à l'articulation tibio-tarsienne et le froissement du pied par un soulier. Tout cela paraît étrange et pourtant il ne se passe pas de jour où l'on n'entende invoquer par les malades de semblables pathogénies.

Nous savons bien que le traumatisme a pu dans quelques cas être la cause occasionnelle d'une localisation pathologique, comme l'entorse articulaire, par exemple, qui précède l'ostéo-arthrite tuberculeuse, mais il faut se garder de généraliser et on ne saurait trop se méfier lorsqu'on veut édifier une théorie pathogénique, des dires du malade qui a naturellement dans ses antécédents quelques contusions qui suffisent à ses besoins pathogéniques et qu'il évoque constamment.

De là à nier complètement l'action du traumatisme, il y a loin : il est possible et même certain qu'il crée un *locus minoris resistentiæ*, mais vouloir en faire la cause de tous les fibromes de la paroi

abdominale, c'est accepter un peu trop les théories pathogéniques populaires. Et d'ailleurs les faits militent-ils en faveur de cette thèse ? C'est ce que nous allons voir.

Les fibromes de la paroi abdominale s'observent-ils souvent chez les hommes ? Rarement, si ce n'est jamais. Or n'est-ce pas chez ces derniers que l'on observe les traumatismes les plus violents de cette même paroi, et pour ne citer qu'un exemple que je crois démonstratif, il suffit de rappeler la fréquence extraordinaire des traumatismes des muscles de l'abdomen par coup de pied de cheval, dans les régiments de cavalerie par exemple, composée à la rareté des tumeurs fibreuses de la paroi abdominale chez l'homme.

Et l'on ne peut faire à cet argument l'objection de MM. Labbé et Rémy à Grätzer invoquant une raison semblable pour nier l'influence de la grossesse sur le développement des tumeurs fibreuses chez la femme, car dans le cas que nous invoquons le fait de l'existence des fibromes de la paroi abdominale chez l'homme est exceptionnel si toutefois il y en a des exemples. Or il est, croyons-nous, impossible d'établir une relation de cause à effet entre un fait unique et une cause banale, alors que dans le cas de Sönger malgré la rareté de ces tumeurs, comparée à la fréquence des accouchements, elles se rencontrent assez souvent cependant pour permettre de

leur donner ce point de départ et d'édifier une pathogénie possible mais non démontrée.

Et d'ailleurs, non seulement ces tumeurs devraient être plus fréquentes chez l'homme, mais leur fréquence dans les régions devrait être en raison directe de la fréquence des ruptures dans les différents groupes musculaires. Or en est-il ainsi ? Dans une statistique de Regeard que nous extrayons du traité de Chirurgie de MM. Duplay et Reclus, sur 132 cas de ruptures musculaires, on trouve :

Muscles postérieurs du tronc	46 cas
Muscles du mollet.....	28 cas
Grand droit de l'abdomen...	15 cas
Triceps et biceps fémoral :	égalité de fréquence.

Puis viennent le psoas, le deltoïde, le grand pectoral, le sterno-mastoïdien.

Par conséquent sans vouloir établir un rapport mathématique absolu, ce qui est toujours absurde en biologie, on serait néanmoins autorisé à croire que ces tumeurs doivent être beaucoup plus fréquentes dans les autres muscles que dans ceux de l'abdomen : or les muscles du tronc mis à part, on sait combien les fibromes des muscles sont rares et pourtant dans les masses musculaires du mollet en dehors des aponeuroses d'enveloppe existe l'aponévrose inter-musculaire du soléaire bien placée évidemment pour leur

donner naissance, si la théorie du traumatisme était exacte.

D'autre part cette transformation des hématomes en tumeurs fibreuses n'est rien moins que démontrée : « le sang épanché se collecte et s'enveloppe d'une membrane enkystante, mince et souple, ou épaisse et dure. Le contenu est très variable. Tantôt un caillot fibrino-globulaire se dépose dont la consistance devient considérable ; tantôt le sang reste liquide et conserve sa couleur et ses caractères primitifs ; mais la matière colorante se résorbe parfois et un kyste séreux peut se constituer. » (Reclus, Manuel de Pathologie externe : Tumeurs des muscles.)

En somme il est possible que le traumatisme soit une cause de développement des fibromes de la paroi abdominale, mais ce doit être une cause rare, et l'invoquer exclusivement, c'est faire d'un fait bien banal la cause de tumeurs bien singulières.

Enfin la dernière théorie que nous allons examiner est celle de MM. Labbé et Rémy ; ces auteurs veulent voir l'étiologie des fibromes de la paroi abdominale non dans la grossesse, mais dans l'accouchement : « A notre avis les états du ventre qui viennent d'être décrits (états du ventre pendant la grossesse) ne sont que des causes accessoires. Le véritable agent, c'est *l'effort de l'accouchement*. Voilà pourquoi ces tumeurs surviennent le plus fréquemment chez les femmes ; car, dans aucune espèce d'effort étudié en

physiologie, les muscles de l'abdomen de l'homme, ne sont soumis à des contractions aussi intenses, aussi prolongées et aussi fréquemment renouvelées que celles dont nous venons de parler ».

« Les arguments opposés à cette théorie sont divers. Nous pouvons dire, tout de suite, qu'ils n'ont pas l'importance des preuves fournies à l'appui de la théorie, surtout de la coïncidence des accouchements avec le développement des fibromes de la paroi antérieure de l'abdomen.

« L'un d'eux, qui serait le plus important si nous ne pouvions le réfuter, est tiré de l'absence d'accouchements dans quatre observations. Mais nous n'acceptons pas tous ces faits pour des raisons très valables ».

Or l'argument contre la théorie de l'accouchement et l'argument important, dont parlent MM. Labbé et Rémy, puisqu'il est tiré de l'existence des fibromes de la paroi abdominale chez des jeunes filles vierges ou des femmes n'ayant jamais eu d'enfants, nous l'apportons ici avec un nombre respectable d'observations.

Tout d'abord l'observation de M. Pánas; MM. Labbé et Rémy la rejettent parce qu'il s'agit de fibromyôme, mais pourquoi d'un côté admettre comme fibrome les tumeurs où à l'examen histologique on aurait trouvé du fibro-sarcome, et rejeter celles où l'on constate des fibres musculaires lisses? Si l'on

admet les premières observations il faut en toute logique et à plus forte raison admettre les secondes.

Nous rapportons ici le cas de M. Panas :

OBSERVATION V. — Fibro-myôme des parois abdominales. — Opération. — Guérison. — Observation de M. Panas. — (Recueillie par Brière, interne provisoire).

Marie P..., âgée de 21 ans, polisseuse sur métaux, entre dans le service de M. le P^r Panas, le 4 avril 1873.

La santé de cette jeune fille a été excellente jusqu'à l'âge de 19 ans. On ne trouve ni chez elle même, ni chez ses ascendants, trace de l'existence d'une diathèse. En 1871, elle fut atteinte d'une variole, assez confluyente qui lui laissa de nombreuses cicatrices sur la figure, sans altérer autrement sa santé.

Il y a cinq mois, elle remarqua dans l'aîne droite, la présence d'une petite tumeur de la grosseur d'une noix, dont elle ne s'inquiéta pas, tout d'abord, mais qui grossit peu à peu jusqu'à atteindre le volume du poing. Justement inquiétée par les dimensions que prenait une tumeur si malencontreusement située, Marie P..., se décida à demander l'avis d'un chirurgien.

Le 5 avril, on constate, dans la partie latérale et infé-

rière de l'abdomen du côté droit, l'existence d'une tumeur qui soulève la peau en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure, présentant une forme ovoïde à grosse extrémité externe et supérieure. Elle n'offre point de bosselures apparentes ; les téguments sont mobiles, absolument sains à son niveau. Si l'on palpe la tumeur, on est frappé de suite de sa consistance, de sa dureté qui est à peu près celle d'un enchondrôme, sans présenter la résistance des tumeurs osseuses. La matité est absolue à son niveau. On peut aisément circonscrire la masse en haut, en dedans et en bas avec les doigts recourbés en crochet, et dans ces points elle ne paraît pas adhérer aux organes profonds. Si l'on invite la malade à changer de position et à se mettre sur son séant, puis à se coucher de nouveau, on remarque que cette tumeur suit les mouvements du bassin et ne se comporte pas comme une tumeur viscérale dont la position pourrait varier, ou le volume se modifier suivant les attitudes, suivant la position du sujet. Au contraire, elle reste toujours fixée au bassin, dans la position la plus extérieure de la crête iliaque et il est impossible de la détacher, soit en haut, soit en bas, en la repoussant avec les doigts.

Néanmoins, on peut imprimer, à la partie, la plus interne, de légères oscillations d'avant en arrière, ayant le pédicule comme centre de mouvement. Vers la partie inférieure et interne de cette tumeur, on sent sous les doigts, un léger sillon, oblique en haut et en dedans, qui indique un lobe secondaire surajouté à la masse principale et dirigé en bas et en dedans. Il est important de dire que cette dernière portion, pas plus que le reste de la grosseur, ne présente d'adhérence avec l'utérus, dont la situation est nor-

male et la mobilité facile à constater. La menstruation a toujours été régulière, *il n'y a eu ni grossesse, ni fausse couche*; les organes intestinaux et rénaux ne peuvent être en cause.

Le diagnostic porté fut : tumeur siégeant dans l'épaisseur des parois abdominales, de nature probablement fibreuse, analogue aux tumeurs décrites, par Nélaton, sous le nom de tumeurs fibreuses du bassin. L'ablation fut proposée à la malade qui l'accepta de suite. Elle eut lieu le 12 avril.

Une incision de 10 centimètres et demi, commençant à un travers de doigt en dedans de l'épine et un peu au dessus et suivant la direction du pli de l'aîne, met de suite la tumeur à découvert. Celle-ci était située dans l'épaisseur même des fibres musculaires de la paroi abdominale, en avant du transverse, entre les faisceaux du grand oblique, qu'elle s'est accolés en avant et en arrière. L'énucléation se fait assez facilement en haut, en bas et en dedans, soit avec les doigts, soit avec l'aide des ciseaux. La tumeur peut ensuite être saisie par toute la moitié interne, et disséquée à la face profonde, laquelle repose sur les fibres du transverse, puis elle est renversée en dehors et séparée de son point d'attache. Ce pédicule est représenté par une adhérence très intime de la tumeur avec l'extrémité externe du ligament de Fallope. Cette adhérence se prolonge sur une étendue de 5 centimètres et est formée par un tissu fibreux très dense qui est sectionné avec des ciseaux. La perte de sang est insignifiante. Bien que *l'attache principale de cette tumeur se trouve en dehors du canal inguinal, on a vu qu'elle était très étendue et il est probable que le point*

de départ a été le ligament rond. Quatre points de suture avec les fils d'argent réunissent la plaie. Pansement à plat avec des lamelles d'amadou et spica.

La tumeur examinée à l'œil nu offre les caractères suivants. Les dimensions sont en longueur 9 centimètres, en largeur 6 centimètres, en épaisseur 5 centimètres ; sa grande circonférence mesure 21 centimètres et sa petite 15 centimètres. Elle est constituée par deux lobes inégaux séparés par un sillon peu profond, le lobe externe et supérieur formant les $\frac{4}{5}$ de la tumeur. A sa surface existent de nombreuses fibres du grand oblique très intimement unies, principalement en avant. L'aspect de la coupe rappelle celui des corps fibreux utérins, tumeurs désignées sous le nom de fibromyômes. L'examen histologique dû à l'obligeance de M. Malassez a confirmé ce diagnostic. La tumeur était composée de trabécules du tissu conjonctif dans lequel cheminaient des vaisseaux en assez grand nombre.

Ces faisceaux du tissu conjonctif étaient séparés par de nombreuses fibres musculaires lisses groupées en îlots de différentes épaisseurs. On trouvait tantôt prédominance de tissu fibreux, tantôt excès de fibres musculaires lisses ; dans certains points la tumeur était énormément vasculaire et marquait une tendance à la dégénérescence granulo-graisseuse.

Les suites de l'opération furent simples pendant les deux premiers jours, à l'exception d'une température qui s'élevait à $38^{\circ}4$, avec 108 pulsations.

Le deuxième jour, au soir, la plaie est réunie très exactement sur toute sa longueur par première intention. On aurait pu être tenté de se réjouir d'un si prompt résultat et

Puyaubert

de laisser la plaie se cicatriser ainsi, mais si l'on examine avec soin la région, on constate un empâtement profond et, en pressant au niveau de la plaie, on fait sourdre de ces deux extrémités une sérosité sanguinolente, liquide septique bien suffisant pour expliquer le malaise, l'élévation du pouls et la température.

Les deux points de suture des extrémités sont enlevés immédiatement, et dans la plaie ouverte avec la sonde cannelée on place deux gros tubes en caoutchouc. Pansement : eau alcoolisée.

Le quatrième jour après l'opération, rougeur érysipélateo-phlegmoneuse du côté externe de la plaie. Empâtement notable vers les parties déclives à droite : décollement de 5 à 6 centimètres de ce côté, auquel on remédie par une petite incision à 6 centimètres de l'extrémité externe de la plaie et par le passage d'un drain réunissant la plaie à cette dernière ouverture. Pansement : cataplasmes et lavages.

Un mois après l'opération, le 12 mai, la guérison est complète et la malade est dirigée sur le Vésinet.

Un deuxième argument invoqué pour rejeter ce cas est tiré de ce fait que M. Panas aurait dit dans l'observation qu'elle était adhérente au ligament rond, et que par conséquent elle en provenait. MM. Labbé et Rémy en concluent que c'était une tumeur de cet organe et non un fibrome de la paroi abdominale.

Or, qu'on relise avec attention l'observation précédente, on verra que M. Panas ne parle nulle part de cette adhérence : il signale bien un pédicule atta-

chant la tumeur à la partie externe du ligament de Fallope, mais il est muet sur les connexions du néoplasme avec le ligament rond. Il émet toutefois l'opinion que le point de départ en a été probablement le ligament rond : mais il exprime une théorie pathogénique et non un fait, c'est ce qui probablement aura donné le change. De par les symptômes, de par le siège, c'est bien d'un fibrome de la paroi abdominale qu'il s'agit ici.

Dans l'observation de Trélat, on ne parle pas de grossesse, nous ne pouvons donc en toute bonne foi invoquer ce silence à notre avantage.

Dans le cas de Terrillon il n'y a pas non plus de grossesse. Il s'agit d'un « fibrome pur chez une femme n'ayant jamais eu d'enfant ». Voici cette observation :

OBSERVATION VI. — Tumeur fibreuse profonde de la paroi abdominale. — Tentative infructueuse pour éviter l'ouverture du péritoine. — Fermeture de la plaie avec du catgut. — Guérison par Terrillon. — In thèse de Damalix, Paris 1886. — (Observation résumée).

Madame X..., âgée de 35 ans, assez grosse, bien portante, n'ayant jamais eu d'enfants, s'est aperçue depuis

quatre ou cinq ans environ de la présence d'une petite tumeur qui siégeait à l'union de la région inguinale et de la région abdominale du côté droit. Cette petite tumeur grosse comme le pouce, resta stationnaire ou n'augmenta que très lentement pendant deux ans ou deux ans et demi. Depuis cette époque, il y eut un accroissement assez rapide accompagné de douleurs de voisinage et de gêne dans la flexion de la cuisse sur le bassin.

La malade se décida alors à demander le secours de la chirurgie.

A son entrée à la Salpêtrière, on trouve une tumeur de la grosseur du poing ayant les caractères suivants :

Elle est allongée, aplatie, et sa forme rappelle celle d'un galet. Aucune connexion avec la peau.

Son bord inférieur est très voisin de l'arcade de Fallope et semble avoir avec ce cordon fibreux une connexion assez lâche.

La tumeur mobile lorsque la paroi est relachée, se fixe mais non d'une manière absolue, si l'on fait contracter cette paroi.

Le diagnostic était : tumeur fibreuse de la paroi abdominale attenante à l'arcade de Fallope, mais avec des connexions profondes inconnues du côté du péritoine.

Opération le 15 Novembre. — Dissection très facile dans la plus grande partie de son étendue, mais adhérence très intime avec le péritoine. Perte d'un lambeau de deux ou trois centimètres de large. Suture du péritoine.

Suites opératoires nulles. La malade sort guérie au bout de 15 jours.

La tumeur examinée par M. Denucé, interne du service,

était un *fibrome fasciculé très pur* et contenant très peu de vaisseaux.

Dans le cas de M. Tillaux « il s'agit d'une jeune fille de 20 ans, vierge, portant un fibrome de la grosseur d'un œuf, près de l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche. Elle avait été opérée d'un kyste de l'ovaire il y a quelques mois et le fibrome existait déjà au moment de l'opération. Il est probable qu'il a pour cause la distension violente des parois abdominales produite par le kyste. Cette observation est en réalité favorable à notre théorie car s'il n'y a pas d'accouchement, il existe une autre cause qui agit dans le même sens. » (Labbé et Rémy.)

Nous ferons seulement remarquer qu'il est un peu excessif de vouloir assimiler la distension lente et continue du ventre par un kyste de l'ovaire aux « efforts violents de l'accouchement qui peuvent amener une rupture musculaire. »

Il n'y a pas de grossesse non plus dans les deux faits que nous devons à l'obligeance de M. A. Guinard.

OBSERVATION VII. — Fibrome de la paroi abdominale chez une jeune fille. (Observation inédite communiquée par M. A. Guinard, chirurgien des hôpitaux).

Marie B..., âgée de 19 ans, entre en février 1880 à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. B. Anger. Elle est d'une excellente santé habituelle et n'a jamais été malade. Elle a ses parents vivants ainsi que deux frères bien portants. Régliée à 15 ans, elle n'a aucun trouble de ce côté. C'est peu de temps après l'installation des règles qu'elle a vu survenir, sur le côté gauche de la paroi abdominale antérieure, « une boule » située au niveau de l'arcade de Fallope. Cette tumeur qui était d'abord très mobile a été prise pour une hernie par les parents, mais comme elle grossit de plus en plus elle vient consulter le chirurgien. Actuellement elle a le volume d'une orange et semble tenir par un pédicule du côté de l'épine iliaque antérieure gauche. Quand on fait contracter les muscles de la paroi, on voit qu'ils sont placés au devant. Le diagnostic hésite entre un kyste hydatique et un fibrome de la paroi.

L'intervention montre qu'il s'agit d'un fibrome pur avec un pédicule adhérent à la crête iliaque qu'il faut sectionner avec les ciseaux. Un tissu cellulaire épais, comme hypertrophié protège le péritoine. Guérison. (L'examen histologique n'a pas été fait).

OBSERVATION VIII. — Fibrome de la paroi abdominale chez une jeune fille. — (Observation inédite communiquée par M. A. Guinard, chirurgien des Hôpitaux).

En novembre 1882, pendant que j'étais interne à Lariboisière de M. le Professeur Proust, j'ai donné des soins à une jeune fille de 21 ans, Maria G..., qui avait depuis deux ans une tumeur fibreuse de la paroi abdominale. Cette tumeur avait débuté insidieusement cinq ans après les premières règles que j'avais notées à 13 ans. Il n'y avait jamais eu ni couche, ni fausse-couche. Rien à signaler dans les antécédents héréditaires ou personnels. Cette jeune fille fut opérée en décembre dans le service de M. Duplay et je ne crois pas que l'examen histologique de la tumeur ait été fait. Mais macroscopiquement, il s'agissait nettement d'un fibrome du volume et de la forme d'une grosse poire dont la queue aurait tenu à l'attache de l'arcade de Fallope à la crête iliaque. L'ablation fut facile et la guérison se fit sans encombre.

Ces observations manquent de détails histologiques, mais je ne les avais consignées que très brièvement dans mes notes, en insistant seulement sur ce point qu'elles étaient portées par des jeunes filles n'ayant jamais eu d'enfant. C'est le seul point par lequel elles peuvent avoir un certain intérêt.

Mon intention n'était malheureusement pas attirée à cette époque du côté de la question pathogénique.

Si incomplètes qu'elles soient à bien des points de vue, ces deux notes ont leur place ici pour la thèse pathogénique que nous défendons.

Enfin, dans l'observation de M. le Professeur Tedenat, de Montpellier, il s'agit encore d'une vierge :

OBSERVATION IX. — Volumineux fibrome de la paroi abdominale antérieure chez une jeune fille. Siège dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Ablation. Guérison. Observation recueillie par M. le Docteur Reynès, chef de clinique dans le service du Professeur Tedenat (In thèse de Bireaud). Observation résumée.

R. J., 18 ans (de Perpignan), entrée le 6 février 1897 (salle Bichat, n° 20) ; lymphatique, d'une santé générale assez bonne, pas de maladies antérieures notables ; réglée à 15 ans régulièrement.

Il y a 2 ans, elle s'est aperçue d'une petite tumeur qui siégeait dans la paroi abdominale, au niveau de la fosse iliaque droite près de l'épine iliaque antéro-supérieure ; la tumeur a grossi peu à peu et progressivement, en s'étendant en bas et en dehors vers l'excavation dans laquelle elle plonge actuellement ; elle a aujourd'hui le volume d'une tête de fœtus ; les doigts peuvent soulever la tumeur vers le haut et s'engager entre elle et le bord supérieur de la symphyse. Indolore, mate, dure, assez lisse et assez mobile. Pas de symptômes particuliers, pas de douleurs abdominales ; règles normales ; pas d'hémorrhagies.

La malade est *vierge* ; toucher vaginal impossible ; le toucher rectal montre l'utérus à sa place normale et permet d'atteindre la tumeur qui plonge fortement dans le bassin.

Opération le 11 février : la tumeur n'a pas d'adhérences avec le péritoine.

Guérison en 15 jours.

Tumeurs de 1200 gram. A la coupe : tissu blanchâtre d'aspect fibreux, criant légèrement sous le scalpel ; fibreuses arciformes ; quelques petites cavités kystiques. A l'extérieur, pas de gros vaisseaux. Pas de dégénérescence sarcomateuse ; en certains points tissu un peu plus mou rappelant le myxome.

Réflexions. — On ne saurait invoquer ici, comme étiologie, une rupture consécutive à un effort d'accouchement, la malade étant vierge.

De plus Kramer a observé une enfant qui dès la naissance avait une petite tumeur dans la région épi-

gastrique droite ; Témoin une fillette de 14 ans qui avait vu apparaître une tumeur fibreuse à l'âge de deux ans.

Enfin, il est des cas où la tumeur apparaît pendant la grossesse sans accouchement préalable ; nous faisons allusion à l'observation de Cornélius Williams, (n° XXI du mémoire de MM. Labbé et Rémy) où une femme est porteuse d'un fibrome de la région iliaque droite de la grosseur d'une orange, apparue pendant la grossesse. Il n'existait pas d'accouchement antérieur, et on ne peut par conséquent l'incriminer.

Il en est de même dans une observation d'Es-march (LIX du Traité de MM. Labbé et Rémy).

OBSERVATION X

Catharina Mohr, âgée de 29 ans. Remarque dans l'automne de 1863 un nodus de la grandeur d'un pois situé à la partie droite et inférieure de l'ombilic. S'accrut lentement et atteignit le volume du poing dans l'été de 1864. A ce moment la malade ayant eu un accouchement difficile qui dura deux jours, semble avoir eu une péritonite. Gêne à partir de ce moment ; la malade s'en fait débarrasser le 23 janvier 1865. Diagnostic ; Fibrome avec dégénérescence myxomateuse.

Dans une autre observation du même auteur (XVIII du Mémoire de Labbé et Rémy) la tumeur apparaît le soir même de l'accouchement et elle atteint le volume d'une noix. L'influence de l'accouchement dans ce cas semble difficile à expliquer : il est probable que l'attention a été attirée de ce côté par l'examen du ventre qu'avait nécessité le travail, mais que la tumeur existait depuis longtemps, car on ne saurait comprendre qu'en quelques heures elle ait pris un développement aussi grand.

C'est donc 8 observations de fibromes de la paroi abdominale où il n'y avait pas eu de grossesse, et 3 observations où la tumeur se serait développée avant l'accouchement, soit au total 11 observations, c'est-à-dire 1/10 environ des cas connus que nous opposons à la théorie qui veut faire de l'accouchement le facteur étiologique unique de ces fibromes.

Il nous semble que ce fait doit être pris en très sérieuse considération et montre bien que si l'on veut s'en tenir à cette doctrine, il y a un certain nombre de faits absolument inexplicables et pour lesquels l'on ne saurait invoquer l'existence d'un traumatisme direct, à moins de le faire en clinique toutes les fois qu'on est embarrassé pour trouver une étiologie ou une pathogénie.

C'est alors que voyant ce que les théories précédentes présentaient d'obscur, voyant tout ce qui restait inexplicable en admettant uniquement la gros-

sesse ou l'accouchement comme provoquant l'apparition de ces tumeurs dans les aponévroses de l'abdomen, se fondant sur des considérations de siège, de texture et d'évolution que nous ferons ressortir plus loin, avec Sängér, avec Léopold, M. A. Guinard « oppose formellement la théorie génitale à l'origine fibromusculaire et ostéo-périostique », c'est-à-dire qu'il croit que « presque tous les fibromes de la paroi abdominale sont des tumeurs développées aux dépens de la portion intra-pariétale du ligament rond ». De même qu'il existe des tumeurs dans sa portion abdominale, de même il s'en développerait soit dans sa portion pariétale ou dans les fibres qui s'insèrent à la partie postérieure du canal inguinal et qui certainement vont se perdre beaucoup plus loin que nous ne le montrent les dissections, soit dans des fibres aberrantes comme le veut Léopold.

Avant d'exposer les raisons qui nous semblent militer en faveur de cette théorie, il nous semble indispensable d'étudier anatomiquement le trajet du ligament rond et de jeter un coup d'œil rapide sur les tumeurs qui se développent aux dépens des différentes portions de cet organe.

On peut le diviser en trois portions : 1° une portion intra-abdominale, de son origine à son entrée dans le canal inguinal ; 2° une portion intra-pariétale, de l'orifice inguinal interne à l'orifice inguinal externe ; 3° une portion terminale, de l'orifice inguinal

externe à son épanouissement dans la grande lèvre :

1° *portion intra-abdominale.* — Le ligament rond se détache du fond de l'utérus, où il s'insère un peu au dessous de la trompe, à l'union de la face antérieure et du bord latéral. Il chemine dans l'épaisseur de l'aileron antérieur du ligament large, puis il se dirige obliquement en haut et en dehors, en décrivant une courbe à concavité interne pour gagner l'orifice supérieur du canal inguinal où le péritoine l'abandonne. Chez l'embryon il n'en est pas ainsi et la séreuse se continue en formant le canal de Nüch.

2° *portion intra-pariétale.* — Il gagne ainsi le canal inguinal et le suit dans toute sa longueur ; tout le long de son trajet et particulièrement à sa partie inférieure il émet des fibres qui vont s'insérer à la paroi postérieure de ce canal.

Cette traversée de la paroi abdominale présentant une grande importance pour la question qui nous occupe, il est intéressant de rechercher quels sont les rapports du ligament rond avec les muscles ou les aponévroses qui la constituent. Nous ne pouvons mieux faire que d'emprunter textuellement cette description à l'anatomie topographique de M. le Professeur Tillaux : « On se fera une idée très nette du canal inguinal sur une coupe antéro-postérieure. L'aponévrose du grand oblique et le *fascia transversalis* s'unissent l'un à l'autre au niveau de l'arcade crurale, et constituent une gouttière fibreuse fermée

en bas, dans laquelle sont contenus les muscles petit oblique et transverse avec les couches celluleuses qui les séparent et le ligament rond chez la femme. Ce sont les parois de cette gouttière qui délimitent celles du canal inguinal. La paroi antérieure est formée par l'aponévrose du grand oblique, la paroi postérieure par le *fascia transversalis* et la paroi inférieure par la réunion des deux aponévroses.

Quant à la paroi supérieure, on la dit formée par les bords inférieurs des muscles petit oblique et transverse, mais elle n'a pas d'existence propre, car les fibres les plus inférieures de ces muscles sont éparpillées autour du ligament rond et descendent au-dessous de lui ».

3° *Portion terminale.* — A sa sortie de l'orifice inguinal externe, il s'épanouit en un pinceau de filaments, qui vont les uns s'insérer sur le pubis, les autres se perdre soit dans la grande lèvre, soit dans le tissu cellulaire du Mont de Vénus.

Sa longueur totale est de 12 à 15 centimètres.

Histologiquement il est constitué de fibres musculaires lisses et de tissu fibreux au milieu duquel cheminent les vaisseaux et les nerfs. Dans sa portion intra-pariétale, il renferme des fibres striées qui lui viennent du petit oblique et du transverse.

Or, tout le long de son trajet, il se développe des tumeurs à ses dépens : un certain nombre de fibromes attenants à la corne utérine et inclus dans le ligament

large sont sans aucun doute développés aux dépens de son origine ; MM. Delbet et Héresco nous ont fait connaître dans leur mémoire les fibro-myômes de sa portion abdominale ; enfin, les fibromes et les fibro-myômes des grandes lèvres proviendraient aussi, d'après MM. Duplay et Aumoine, de ses fibres terminales.

N'est-il pas absolument illogique d'exclure toute la portion intra-pariétale et de penser qu'elle seule est toujours indemne ? Le raisonnement seul à défaut de faits suffirait à permettre d'affirmer qu'il doit exister des fibromes intra-pariétaux du ligament rond, comme il existe des fibromes de la grande lèvre et des fibromes sous péritonéaux et intra-ligamentaires développés à ses dépens.

Mais ne savons-nous pas que M. Urbain Guinard a observé et décrit ces fibromes de la portion inguinale du ligament rond ? Dans un mémoire publié dans le bulletin de la Société de Chirurgie, de Janvier et Février 1898, il a signalé l'existence de ces tumeurs dans cette portion intra-pariétale et leur apparition brusque à l'orifice externe du canal inguinal : elles étaient en quelque sorte « accouchées » et faisaient subitement hernie.

Dès lors pour qui réfléchit à la constitution du canal inguinal, ne semble-t-il pas plus logique que ces fibromes au lieu de s'ouvrir un chemin à travers un canal virtuel, qui suivant l'expression de M. Til-

laux n'existe pas normalement et qui chez la femme livre si rarement passage aux hernies ; au lieu d'aller forcer les piliers de l'anneau inguinal externe si résistants, se dirigent de préférence sous l'influence des contractions musculaires tendant naturellement à les éloigner du point d'insertion de ces muscles, vers cette paroi supérieure du canal inguinal si facile à franchir puisqu'elle n'a pas d'existence propre, « les fibres les plus inférieures des muscles petit oblique et transverse qui la forment étant éparpillées autour du ligament rond et descendant au-dessous de lui. »

Il semble donc extrêmement facile à ces fibromes de s'insinuer soit entre le petit oblique et le transverse, soit entre l'aponévrose du grand oblique et le petit oblique, soit encore entre le transverse et le *fascia transversalis*, en dédoublant le tissu cellulaire lâche qui sépare ces différents muscles et de subir ainsi une migration, comme le montre du reste bien l'observation de M. Hartmann que nous rapportons plus loin, qui les logerait en des points plus ou moins éloignés du trajet intra-pariétal du ligament rond.

Cette théorie génitale est en effet très séduisante et nous allons voir que non seulement elle résiste devant les faits, mais qu'elle en reçoit une confirmation éclatante.

La première chose à considérer est le rapport qui existe entre la fréquence de ces tumeurs chez l'homme et chez la femme. Si nous donnons en effet à ces fi-

brômes, comme pathogénie exclusive le ligament rond, il est évident que ce doit être une affection spéciale au sexe féminin.

Mais nous ne sommes pas aussi intransigeants que cela et nous croyons qu'il existe en dehors des fibromes de la paroi abdominale se développant aux dépens du ligament rond, des tumeurs qui peuvent provenir des aponévroses de l'abdomen au même titre qu'il existe des fibromes provenant des aponévroses du tronc.

Cependant nous dirons tout de suite que les observations de fibrome de l'abdomen chez l'homme sont très rares et que si l'on se livre à une étude minutieuse des faits, bien peu résistent à la critique.

Nous attachons une telle importance à la question, que nous reproduisons ici les observations en litige ; nous les faisons précéder de quelques réflexions qui nous montrent la valeur qu'on doit leur attribuer.

Tout d'abord l'observation de Sappey et la première en date, puisqu'elle fut publiée en 1850. Il s'agissait d'un fibrome de la paroi abdominale chez un homme, mais si l'on analyse attentivement cette observation, on s'aperçoit qu'elle n'a en somme que des points de ressemblance superficiels avec la question qui nous occupe, puisque d'après l'examen de Robin la tumeur enlevée était constituée de tissu fibro-plastique « ce qui correspond à notre dénomi-

tion actuelle de fibro-sarcome » : or « si à côté des fibres lamineuses adultes, on trouve des amas de cellules embryonnaires, le néoplasme devra être considéré comme un sarcome » (Reclus), et cette distinction faite au nom de l'anatomie pathologique doit être maintenue en clinique, car nous ne croyons pas qu'on puisse confondre une tumeur sarcomateuse généralement maligne avec un fibrome tumeur essentiellement bénigne.

Voici l'observation de Sappey :

OBSERVATION XI. — Tumeur volumineuse de la région ombilicale de nature fibro-plastique, prise pour une tumeur encéphaloïde. — Extirpation. — Guérison ; par Sappey.

X..., journalier, âgé de 51 ans, entre à l'hôpital des Cliniques, dans le service de M. Sappey, le 19 mai 1849. Il s'aperçut il y a douze ans de l'existence d'une petite tumeur qui était grosse comme une noisette, molle, indolente, et sans changement de coloration de la peau. Accroissement lent jusque dans ces derniers temps, mais très rapide en 6 mois. Ça et là depuis deux mois, petites excoriations qui se

sont recouvertes de croûtes, à dater de cette dernière époque seulement quelques élancements dans la tumeur.

Etat actuel. — Dans la région ombilicale, tumeur du volume d'un melon assez gros. Forme d'un ovoïde à grand diamètre transversal, étendu d'un hypochondre à l'autre, dont l'extrémité droite est la plus volumineuse. Diamètre vertical d'environ 7 à 8 pouces. Elle est arrondie et légèrement pédiculée. Ses limites, lorsque le malade est dans le décubitus dorsal, sont appréciables seulement à la partie supérieure; elles remontent jusqu'à un centimètre et demi au-dessous de l'appendice xiphoïde, en bas elles sont cachées par le relief de la tumeur qui dépasse de trois travers de doigt, l'insertion inférieure du pédicule, celle-ci se fait précisément au niveau de la cicatrice ombilicale.

La tumeur est lisse, dure parfaitement arrondie dans son tiers droit, mamelonnée ulcérée dans le reste de son étendue et couverte de croûtes, d'un brun jaunâtre, qui alternent avec la coloration violacée de la peau. Dans quelques points, notamment en bas et sur la ligne médiane, on constate une certaine mollesse et une fluctuation douteuse. Les points ulcérés ne fournissent jamais d'hémorrhagies. Enfin la tumeur est assez mobile, elle paraît superficielle et ne fait pas saillie intérieurement.

L'état général du malade est satisfaisant; son teint est bien un peu jaunâtre, mais l'appétit est parfaitement conservé. Les autres fonctions sont normales; somme toute, pas d'autre gêne que celle produite par le volume.

Malgré l'absence de fongosités et d'hémorrhagies, on diagnostique une tumeur encéphaloïde, ayant subi un commencement de ramollissement.

Opération le 26 mai : une incision unique, ovale, circonscrit toutes les parties de la tumeur dont la peau est altérée. On dissèque les lambeaux de peau saine jusqu'au niveau de l'insertion du pédicule à la paroi abdominale ; pendant ce temps de l'opération on ouvre un petit kyste séreux sous-cutané qui donnait lieu à la fluctuation de la partie inférieure. La dissection est continuée, ensuite, vers la profondeur de la tumeur qui est plane et adhérente à la paroi abdominale.

L'adhérence est constituée par un tissu cellulaire assez lâche, excepté vers le centre où le tissu morbide pénètre dans l'interstice des fibres aponévrotiques de la ligne blanche. Cette petite portion de la tumeur se déchire très facilement, et l'on éprouve alors quelque difficulté à l'extraire complètement : on y parvient cependant, en râclant avec la pointe d'un bistouri, le tissu dont la pénétration n'est pas profonde. Il reste après l'opération, une énorme perte de substance ovale comme la tumeur ; les bords inférieur et supérieur de la plaie peuvent être rapprochés et mis en contact, quoique avec peine ; on dissèque pour faciliter la réunion, le lambeau supérieur seulement, car l'inférieur dont le bord libre est à un pouce et demi de l'ombilic a été disséqué jusqu'au niveau de cette cicatrice. Il s'en écoule fort peu de sang, on n'a eu affaire qu'à de petites artères qui ont été tordues.

Enfin les lèvres de la plaie, affrontées, sont réunies par douze points de suture entortillée, d'où résulte une caverne complète, aplatie, à paroi antérieure constituée par la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, à paroi postérieure formée par les aponévroses abdominales.

La tumeur incisée largement, offre à la coupe une surface blanche, homogène, cloisonnée, très dure, plus grise que le tissu encéphaloïde, ne fournissant pas au râclage le suc laiteux caractéristique, et sans aucune vascularisation.

Robin, prié d'examiner cette tumeur au microscope, n'y trouve pas de cellules cancéreuses, mais seulement du tissu fibro-plastique.

L'observation suivante rapportée par Limaugé, ne me paraît pas plus probante : dans le cas du médecin belge en effet, l'examen histologique n'a pas été fait ; dès lors l'on ne peut être fixé sur la nature de la tumeur, car il est, croyons-nous, impossible de distinguer cliniquement d'une manière certaine, sans avoir recours à l'examen histologique un fibro-sarcome d'un fibrome par exemple ; d'autant plus que dans le cas qui nous occupe l'évolution a été plutôt celle d'un néoplasme malin et que Limaugé fait suivre son observation de réflexions sur l'opérabilité « de tumeurs présentant quelques-uns des caractères des tumeurs malignes et pouvant être de toute autre nature ». Il nous fallait une preuve de cette nature bénigne de la tumeur : l'examen histologique pouvait seul la donner. Il n'a pas été fait ; dès lors un doute subsiste : ce n'est pas sur des observations pareilles qu'on peut baser des exceptions :

OBSERVATION XII. — Tumeur fibreuse prise d'abord pour un cancer, opération, guérison, par A.-J. Limauge, médecin de bataillon de 1^{re} classe à Bruxelles.

Le nommé G..., boulanger, âgé de 55 ans, habitant la commune d'Uccle, était porteur, depuis plusieurs années, d'une tumeur volumineuse, dans l'épaisseur des parois abdominales. Cet homme, d'une constitution éminemment nerveuse, maigre, n'avait antérieurement été atteint d'aucune maladie. Ses père et mère et ses enfants n'ont jamais présenté de maladie semblable à la sienne.

Il y a environ 14 ans, G... ressentit au côté droit et un peu au-dessus du nombril, une tension qui le gênait dans les mouvements. Il s'aperçut de l'existence d'une petite tumeur du diamètre d'un centimètre, qui alla toujours croissant pendant les dix premières années, sans déterminer d'autres phénomènes que de la gêne dans les fonctions digestives. Au bout de ce temps, la tumeur avait le volume du poing. Dans les quatre dernières années, elle s'accrut rapidement; la gêne des fonctions digestives augmentait en raison du volume; des douleurs sourdes, profondes, fugitives, furent suivies de douleurs que le malade comparait à des élancements, et qui reparaissaient plusieurs fois dans la journée. A partir de cette époque, le teint de G... s'altéra sensiblement, il devint d'un jaune paille.

Ce fut surtout pendant ces quatre dernières années que G... songea sérieusement à réclamer les secours de la médecine. Il s'adressa successivement à plusieurs praticiens, dont les uns conseillèrent les applications émollientes, d'autres les résolutifs, tels que les préparations de plomb, d'iode, etc. ; dans les derniers temps, enfin, un chirurgien distingué proposa le séton, qui ne fut pas appliqué. On avait aussi employé sans plus de succès les saignées locales.

Le 27 octobre dernier, je fus appelé en même temps que M. le Dr Lebeau. Nous trouvâmes une tumeur du volume de la tête d'un enfant de 4 à 5 ans, située dans l'endroit indiqué plus haut. Elle était dure, non bosselée, *recouverte d'une peau profondément altérée*, rouge et sur le point de s'ulcérer en plusieurs endroits, et le malade nous apprit qu'il ne pouvait plus manger sans éprouver de grands dérangements des fonctions digestives. Les douleurs étaient continues et souvent lancinantes ; la tumeur avait pris dans ces derniers temps un grand développement vers la partie supérieure et comprimait surtout le côlon transverse et l'estomac. G... était fort amaigri et son teint profondément altéré.

Le malade nous posa formellement la question : pouvait-il être oui ou non opéré ? Quelques praticiens, auxquels il s'était adressé avant nous, avaient répondu négativement, dans la pensée que l'affection, étant de nature cancéreuse, serait sujette à récidive.

Contrairement à cette opinion, nous nous décidâmes pour l'affirmative pour les motifs suivants : la tumeur était dure, arrondie et non bosselée ; elle avait mis beaucoup de temps à se développer, et l'altération de nutrition s'expli-

quait, très bien, par cette longue gêne apportée dans les fonctions digestives. Quant aux douleurs lancinantes, nous pensâmes qu'elles étaient loin de constituer un signe certain de cancer, et nous fûmes d'avis que la tumeur était de nature fibreuse, genre d'affection si bien décrit dans ces derniers temps, et particulièrement par Müller. En conséquence l'opération fut pratiquée le 28 du même mois en présence de M. Lebeau et de quelques médecins de la localité. Ne pouvant conserver intégralement la peau altérée qui recouvrait la tumeur, je pratiquai au centre de celle-ci une incision circulaire de 12 centimètres de diamètre. Je dus sacrifier toute l'épaisseur des muscles abdominaux, attendu que la tumeur était implantée sur l'aponévrose profonde (*fascia internalis*) ; une dissection minutieuse parvint à la séparer complètement de cette membrane, et le péritoine fut ainsi préservé de toute atteinte. Il ne restait plus qu'un mince pédicule fortement adhérent à l'aponévrose. Au moment de la séparation de la tumeur, apparut un jet artériel abondant. L'artère lésée avait le volume de la radiale, et nous supposâmes qu'elle était une des branches de la mammaire interne qui s'unit à l'épigastrique, anormalement développée pour la nutrition de la tumeur. Nous cherchâmes en vain à la lier ; à chaque tentative pour la saisir, soit avec des pinces, soit avec le tenaculum, elle passait sous l'aponévrose entre cette membrane et le péritoine.

Le sang coulait abondamment, le malade perdait visiblement ses forces, il fallait prendre un parti. Diviser l'aponévrose et mettre à nu le péritoine, c'était s'exposer à léser cette membrane et à encourir toutes les chances d'une inflammation et d'une éventration. Appliquer le cautère

actuel était impossible, puisqu'on ne pouvait atteindre le vaisseau ; n'était-ce point d'ailleurs, provoquer inévitablement une péritonite mortelle ? Nous n'avions sous la main aucun moyen hémostatique.

Pendant qu'un aide exerçait la compression, je fis pulvériser finement du charbon de bois et j'en saupoudrai des boulettes de charpie. Elles furent successivement appliquées les unes sur les autres à l'endroit d'où partait le sang ; ces boulettes furent assez nombreuses pour offrir une épaisseur de trois travers de doigt.

Des compresses graduées furent superposées et un bandage roulé compressif appliqué pour maintenir l'appareil.

Dès ce moment l'hémorrhagie s'arrêta et ne se reproduisit plus. Comme on le voit, aucune réunion ne fut possible. Pendant tout le temps que dura l'opération, le sujet placé sous l'influence du chloroforme, ne ressentit aucune douleur.

L'appareil ne fut levé que le cinquième jour, alors que la suppuration en avait détaché les différentes pièces. Les pansements furent renouvelés tous les trois jours, la cicatrisation fit des progrès rapides et deux mois après elle était complète.

Le teint du malade avait retrouvé sa coloration normale, les fonctions digestives s'accomplissaient bien et G... a repris un certain embonpoint.

Examen de la tumeur. — Coupée en différents sens la tumeur fut trouvée, uniformément constituée de tissu fibreux, sans trace de vaisseaux, sans aucun point ramolli, ayant dans toute son étendue la même consistance. Elle crépitait sous le scalpel et pesait environ 5 livres. Sa nature fibreuse ne fut mise en doute par aucun des assistants.

Réflexions. — Cette observation me paraît prouver une fois de plus, que des tumeurs présentant quelques-uns des caractères attribués au cancer peuvent être de toute autre nature, et réclamer impérieusement une opération que quelques praticiens seraient tentés de repousser d'une façon absolue.

Dans le cas de Paget il s'agit également d'un homme, mais la description histologique de la tumeur ne me paraît guère répondre à celle d'un fibrome : « sous le microscope la tumeur était formée de noyaux et d'une substance moléculaire granuleuse peu abondante dans laquelle ils étaient inclus. » Qu'était-ce au juste, il est difficile de répondre. D'ailleurs il s'agit ici d'une tumeur développée à la suite d'un traumatisme et nous n'avons jamais nié, ce qui eût été absurde, qu'on ne pût en rencontrer chez l'homme.

OBSERVATION XIII. — Exemple de traumatisme occasionnant la production du fibrome. Fibro-nucleated tumor of the abdomen of fourteen years growth ; Remwal, Tumeur fibreuse datant de 14 ans. Ablation par Paget

Le malade John W..., fut admis dans la salle Kenton (Saint-Bartholomew's hospital) le 26 mars 1856. Il a 27 ans,

Il a une grosseur sur l'abdomen juste au dessous de l'ombilic, depuis 14 ans ; celle-ci a pour origine un traumatisme sur le devant de l'abdomen, par une roue de charriot ; mais lui l'attribue à un pincement de la peau. Il n'y a pas d'autre fait dans son histoire pour expliquer ce développement. La tumeur l'a beaucoup gêné à cause de sa situation. Dans ces deux dernières années, la tumeur commença à s'ulcérer. Actuellement la tumeur a atteint l'étendue d'une grosse orange aplatie. Elle présente des ulcérations superficielles. Il y a un nombre de tubercules distincts sur sa surface.

Il n'existe pas de maladie héréditaire cancéreuse ou autre dans la famille. Considérant la durée de son existence (14 ans), cette tumeur comme le remarque Paget, n'est pas un cancer, mais bien une espèce rare.

Le 29 mars cet homme fut chloroformé. Alors Paget enleva la tumeur en faisant une grande incision semi-circulaire, au dessus et au dessous d'elle, la disséquant de la gaine du droit et laissant à sa place une large surface à vif et un certain nombre de vaisseaux à lier.

En faisant une section de cette tumeur il observa qu'elle possédait un caractère fibreux bien marqué : elle était formée, très probablement, de tissu cellulo-fibreux imparfait.

Elle ressemblait à une tumeur qui avait existé pendant six ans et qu'il avait enlevée cinq ans avant à un enfant.

Dans ce cas la tumeur formait un gonflement ovale de trois pouces et demi de diamètre sur la face palmaire de l'avant-bras et avait succédé à une blessure reçue à l'âge de deux ans. Sous le microscope cette tumeur fut trouvée formée de deux éléments : de noyaux et d'une substance moléculaire granuleuse peu abondante dans laquelle ils étaient

inclus. Ces caractères furent trouvés aussi dans la tumeur de cet homme, ce qui montrait leur identité.

12 Mai. — Cicatrisation de la plaie,

De même dans l'observation suivante de Volkmann, il s'agit d'un fibrome développé, comme le rapporte Herzog, dans une « cicatrice de péritonite » : cela prouve seulement que des fibromes peuvent se développer aux dépens du tissu cicatriciel, ainsi que M. Le Dentu en rapporte un exemple : chez une femme de 38 ans opérée d'ovariotomie en 1881, un fibrome se serait développé sur la cicatrice en 1882. Un autre cas de fibrome nettement cicatriciel et qui a toute la valeur d'une expérience de laboratoire a été publié dans le Bulletin de la Société anatomique de janvier 1899, par M. Lefas : il s'agit d'un chien ayant eu une patte écrasée et chez lequel se développa un fibrome à l'endroit de la fracture.

Ainsi doivent être interprétés les cas de Paget et de Volkmann, mais il y a loin de ces fibromes cicatriciels et il faut bien le dire, purement accidentels, à l'affection que nous étudions ici et qui se développe spontanément.

OBSERVATION XIV. — Fibrome de la paroi abdominale,
par Volkmann (Observation résumée)

Mænnike August, gardien de machine de Fessnitz, âgé de 43 ans. Le malade bien portant auparavant, fut atteint il y a trois ans, d'une péritonite vraisemblablement peu grave dont il dut se soigner pendant cinq semaines.

Il resta dans la fosse iliaque après la disparition de l'inflammation, une petite place dure qui ne faisait aucun mal. Depuis un an, le noyau s'est accru.

A son entrée, on sent dans la région de la fosse ilio-cœcale, sous la peau normale et non adhérente, une tumeur mobile, dure et à peu près grosse comme un œuf de poule, qui est placée dans la paroi abdominale. Quelques ganglions inguinaux modérément gonflés.

Opération le 8 février 1879. On découvre une tumeur solide, couleur de muscle pâle, encapsulée. Des muscles qui sont soudés intimement avec elle, plusieurs parties importantes doivent être enlevées; un morceau de 10 centimètres carrés de péritoine adhérent est excisé avec la tumeur. Plaie péritonéale fermée par 6 sutures au catgut, et par dessus la plaie est suturée.

Fièvre le jour suivant; le reste du temps température normale. Le vingtième jour, c'est-à-dire le 28 février, le malade sort guéri.

A l'examen microscopique la tumeur fut reconnue être un pur fibrome.

Quant à l'observation de M. Tillaux (nous supposons que c'est bien de celle que nous avons reproduit ici qu'il s'agit) nous avons vraiment hésité à la rapporter, car elle n'a nullement trait à la question qui nous occupe. Elle a été publiée pour la première fois dans la thèse de Saleuses en 1876. Cet auteur il est vrai parle des fibromes de la paroi abdominale, mais dans le cas de M. Tillaux c'est d'un fibro-myxôme qu'il s'agit, ce qu'on pourrait encore expliquer par une dégénérescence qui se produit quelquefois, mais la tumeur loin d'appartenir à la paroi abdominale, est intra-pelvienne, puisqu'elle comprime directement le rectum, est fixée au coccyx et vient faire saillie à la région périnéale :

OBSERVATION XV. — Fibro-myxôme du bassin chez un homme. — Extirpation. — Guérison définitive. (Observation de M. Tillaux).

Eugène Rouget, 37 ans, marchand de comestibles, entre à l'hôpital Lariboisière le 14 novembre 1875.

Il y a 20 ans que cet homme s'est aperçu pour la première fois de l'existence d'une petite grosseur à la partie postérieure de la fosse ischio-rectale droite. Cette tumeur avait alors le volume d'un œuf de poule. Elle a grossi lentement sans provoquer de douleur, jusqu'en 1870, époque à laquelle le malade fut obligé de passer quelques mois à l'hôpital Necker, puis à Saint-Antoine pour une sciatique du côté droit.

Les premiers troubles dans la défécation, troubles pour lesquels en somme, le malade rentre chez M. Tillaux, ne remontent qu'à quatre ou cinq mois.

Cet homme est vigoureux ; il n'a pas maigri, ne souffre pas, soit pendant le repos, soit pendant la marche, la station assise est seulement un peu gênée ; mais ce qui l'inquiète, c'est la grande difficulté qu'il éprouve pour uriner et surtout pour aller à la selle : ses matières sont aplaties et surtout creusées par une rainure médiane.

Le malade étant placé comme pour la taille, voici ce qu'on observe : une tumeur irrégulière, bosselée, grosse comme une tête de fœtus à terme, remplit la fosse ischio-rectale droite et soulève la peau ; celle-ci a sa coloration normale, n'est pas sillonnée de veines, et glisse aisément sur les parties profondes. La consistance de la tumeur n'est pas la même partout : dure dans certains points, elle est élastique, semblable à la constitution du cartilage dans d'autres. La palpation confirme l'existence des bosselures déjà révélées par la simple inspection ; la tumeur est mobile, surtout à sa partie inférieure ; en haut elle semble adhérer aux parties situées profondément, soit au coccyx, soit au sommet du sacrum. Le toucher rectal vérifie ces

données et les complète, car il apprend que la tumeur a un prolongement intra-pelvien, dont on ne peut avec le doigt atteindre la limite supérieure. Le doigt se trouve étroitement serré ; il sent, sous la partie de la paroi postérieure du rectum, une saillie longitudinale sur les côtés de laquelle existent deux gouttières. Le rectum est refoulé en avant et en haut, et aplati contre le pubis. La vessie elle-même est comprimée.

Diagnostic. — La lenteur dans le développement de cette tumeur, l'état général qui est très bon, permettent de rejeter toute idée de tumeur maligne. Un lipôme ne serait ni dur, ni adhérent. M. Tillaux porte le diagnostic de fibroenchondrome du bassin. Il pense que la tumeur se compose de deux parties : une extérieure, saillante, et une autre intra-pelvienne, à laquelle sont dûs spécialement les accidents de compression du rectum. Le point d'implantation siège probablement au niveau du sacrum ou du coccyx.

Les troubles sérieux dans la défécation, l'imminence d'une obstruction intestinale par compression de l'intestin, décident M. Tillaux à une intervention chirurgicale. Il se propose, après avoir mis la tumeur à nu, de l'attirer avec des pinces à griffes et d'en enlever le plus possible, afin tout au moins, de conjurer le danger causé par l'obstacle au cours des matières ; s'il est possible de l'atteindre, on incisera le pédicule et on tâchera d'énuccléer la tumeur.

Opération le 10 novembre sous le chloroforme. Incision avec l'anse du galvano-cautère sur la ligne médiane du périnée en respectant l'anus. Deuxième incision transversale, perpendiculaire à la première, qu'elle rejoint vers le milieu de la tumeur. On détache la peau et on la rabat

en bas et en haut. L'opérateur dégage alors la tumeur en procédant par décollement avec le doigt, et arrive sur le pédicule qui s'insère bien sur le coccyx, comme on l'avait supposé. M. Tillaux coupe ce pédicule avec un bistouri boutonné, attire en bas la tumeur dont la portion pelvienne finit enfin par s'énucléer. Cette dernière portion n'avait heureusement aucune adhérence avec les parties environnantes. L'immense vide, ainsi créé, ressemble bien à un sablier dont le collet correspond à la place qu'occupait le pédicule.

Le malade a perdu très peu de sang pendant l'opération. On applique quelques points de suture, puis un bandage en T. La tumeur a une ressemblance grossière, comme volume et comme forme, avec un fœtus presque à terme, dont le cordon serait remplacé par le pédicule.

Longueur, 26 centimètres, diamètre transversal, 10 centimètres. Sur une section, on aperçoit une surface blanchâtre, infiltrée en certains points d'une matière gluante; on y trouve comme des noyaux, qu'il est possible d'énucléer et comparables aux fibromes utérins. Certaines parties sont plus molles, analogues à du myxomé; dans d'autres, on trouve des kystes. En résumé, le point de départ a été probablement le coccyx, de là, la tumeur a poussé un prolongement qui a rempli la fosse ischio-rectale, sans produire aucun accident; puis, longtemps après le début, un autre prolongement, celui-là intra-pelvien, qui a comprimé le rectum. L'opération a duré 20 minutes.

Le 11. — Le malade a perdu un peu de sang; il a de la fièvre. Température axillaire 39°4. Malgré cela, il se sent soulagé, les gaz sont expulsés facilement, et le malade

urine avec une facilité qui le surprend agréablement lui-même.

Le 12. — Légère hémorrhagie par la plaie, la fièvre continue; quelques coliques sourdes.

Le 14. — Applications de sangsues à l'hypogastre contre les douleurs abdominales et l'empâtement du ventre qui indiquent un peu de péritonite localisée. La plaie est pansée soir et matin. M. Tillaux y fait faire des lavages avec l'eau alcoolisée.

La plaie devient bourgeonnante, dès le 16; l'appétit paraît, le malade va assez facilement à la selle, les douleurs abdominales ont disparu; les jours suivants, quelques lambeaux de tissu cellulaire mortifié sont éliminés.

A partir du 15, l'excavation se comble rapidement.

Le 21. — Les lèvres de la plaie sont presque rapprochées.

Le 22. — Le malade sort guéri de l'hôpital; la plaie est presque cicatrisée et il ne se plaint plus d'aucun trouble fonctionnel. La guérison se maintient toujours, au moment de la soutenance de thèse de Salesses: c'est-à-dire au 20 juillet 1876.

(Bulletin de la Société de chirurgie, séance du 29 décembre 1875).

Dans le cas du malade de Verneuil présenté par M. Reclus à la séance de la Société de Chirurgie en 1895, il s'agissait d'un fibrome pur.

Nous voyons donc combien les observations de fibromes de la paroi abdominale chez l'homme sont rares, au point que l'on a pu dire qu'ils étaient l'apa-

niage exclusif de la femme : mais les deux observations qui subsistent encore de toutes celles que nous en avons rapportées, ne prouvent rien nous l'avons déjà dit contre la pathogénie que nous admettons : en disant que la plupart de ces tumeurs se développent aux dépens du ligament rond, nous n'avons pas voulu dire qu'il ne put s'en développer dans les aponévroses ou les cicatrices musculaires. Nous avons seulement essayé de montrer combien cette pathogénie était rare, mais nous n'avons jamais prétendu qu'il ne puisse se développer de tumeurs fibreuses dans les muscles abdominaux de l'homme au même titre que dans le reste du système musculaire.

Au chapitre de l'anatomie pathologique nous avons signalé sans y insister beaucoup leur plus grande fréquence dans la région inguinale, nous croyons qu'il est nécessaire de revenir ici sur ce point et de l'approfondir un peu : si en effet ces tumeurs se développaient le plus souvent dans la région épigastrique, l'on pourrait se demander et avec raison, comment il se fait que ces tumeurs que nous croyons pour la plupart provenir du ligament rond, sont précisément situées en des points de la paroi abdominale les plus éloignés du trajet suivis par ces organes. L'on comprend donc l'importance que nous attachons à la délimitation exacte de leur point de développement.

Ces tumeurs ont été, il faut bien le dire, rencontrées dans toute la paroi abdominale, mais il est des

points spécialement favorisés pour développement et ces points sont précisément la partie inférieure de l'abdomen et les régions inguinales. Du reste ces faits n'avaient pas échappé aux premiers observateurs : Nélaton dans sa leçon parle « des tumeurs fibreuses de la fosse iliaque » et tous les chirurgiens qui ont rapporté les premiers faits insistent sur le pédicule les unissant soit à la crête iliaque, soit à l'arcade de Fallope. Nous savons ce qu'il faut penser de cette théorie osseuse et de ce soi-disant pédicule, mais nous enregistrons le fait qui montre bien la fréquence de ces tumeurs dans la région précitée.

Du reste pour fixer les idées sur ce point, nous avons fait une statistique de tous les cas où les fibromes se trouvaient à la partie inférieure de l'abdomen, basée sur les observations publiées dans le traité de MM. Labbé et Rémy. Le numéro indiqué est celui qu'elles portent dans l'ouvrage en question :

OBSERVATION III. (Langenbeck). — Tumeur sur le côté droit de la paroi abdominale, au-dessus du ligament de Poupart.

OBS. V (Bouchacourt). — Tumeur au niveau de la fosse iliaque gauche.

OBS. IX (Bodin). — Pli de l'aîne droite.

OBS. X (Bodin). — Au-dessus du ligament de Fallope entre l'épine iliaque et le pubis.

OBS XII (Bodin). — Jusqu'à l'os iliaque.

OBS. XIV (Bodin). — Région iliaque gauche au-dessus du ligament de Fallope.

OBS. XV (Nélaton). — Tumeur dans la fosse iliaque droite au-dessus du pli inguinal, à grand diamètre dirigé parallèlement au pli de l'aîne.

OBS. XVI (Panas). — Partie latérale et inférieure de l'abdomen du côté droit.

OBS. XVII (Herzfelder). — Région inguinale droite.

OBS. extraite du travail de Boye. — Près de la branche horizontale du pubis.

OBS. XXI (Cornelius Williams). — Région iliaque droite.

OBS. XXIII (Labbé). — Région iliaque droite.

OBS. XXIV (Labbé). — Tumeur oblongue dont l'extrémité inférieure se dirige vers la grande lèvre gauche, en suivant la direction du canal inguinal.

OBS. XXV (Nicaise). — Crête iliaque gauche.

OBS. XXXI (Terrillon). — Région inguinale droite.

OBS. XXXII (Dubarry). — Flanc droit.

OBS. XXXIII (Hartmann). — Au-dessus de l'arcade crurale.

OBS. XXXIV (Sanger). — Au-dessus de la symphyse, au niveau de l'insertion du muscle grand droit.

OBS. XXXV (Duchaussoy). — Partie inférieure gauche de l'abdomen.

OBS. XXXVI (Dittel). — Région inguinale.

OBS. XXXVII (Salésses). Epine iliaque antérieure et supérieure.

OBS. XLI (Labbé). — Parallèle à l'arcade crurale à 3 centimètres au-dessus.

OBS. XLII (Labbé). — Région iliaque droite.

OBS. XLIV (Labbé). — Au dessus de l'arcade crurale gauche.

OBS. XLVI (Hanks). — Tumeur située près du ligament de Poupart. Le D^r Lee, émet l'opinion qu'elle naît de quelque organe de la partie inférieure de la cavité abdominale.

OBS. LI (Hülke). — Au dessus des $\frac{2}{3}$ de l'arcade crurale à droite.

OBS. LIII (Richet). — Fosse iliaque gauche un peu au dessus de l'orifice interne du canal inguinal.

OBS. LIV (Sydow). — Bord inférieur de la tumeur à deux pouces au dessus du pubis.

OBS. LV (Laroyenne). — Au dessus du pli de l'aîne.

OBS. LVI (Volkman). — En grande partie au-dessous de l'ombilic.

OBS. LVII (Péan). — Partie inférieure au dessus de l'arcade crurale.

OBS. LVIII (Terrillon). — Tumeur au dessus de l'aîne.

OBS. LIX (Esmarch). — De l'ombilic à la symphyse pubienne.

OBS. LXI (Esmarch). — Distante de 6 centimètres du ligament de Poupart.

OBS. LXIII (Sklifossovski). — A un travers de doigt du ligament de Poupart, jusqu'à $1/2$ travers de doigt des fausses côtes.

OBS. LXIV (Sklifossovski). — Un travers de doigt au dessus du ligament de Poupart jusqu'au bord des côtes.

OBS. LXVI (Esmarch). — Au dessous de l'ombilic.

OBS. LXVII (Labbé). — Sur une ligne allant de l'épine iliaque antérieure et inférieure à l'ombilic.

OBS. LXVIII (Boye). — Au dessus de l'ombilic.

OBS. LXIX (Weinlechner). — A trois travers de doigt au-dessous de l'appendice xiphoïde en haut et à trois travers de doigt au-dessus du bord libre du ligament de Poupart. Prise pour une tumeur de l'ovaire.

OBS. LXX (Buntzen). — Au-dessus de la branche horizontale du pubis.

OBS. LXXI (Baker-Brown). — Egale distance de l'ombilic et du pubis à moins d'un pouce de la vessie.

OBS. LXXII (Gersung). — Primitivement dans la fosse iliaque droite.

OBS. LXXIV (Gauchas). — Distance égale de l'ombilic et du pubis.

OBS. LXXV (Guerrier). — Extrémité supérieure atteint l'ombilic.

OBS. LXXVI (Trélat). — Côté droit de l'abdomen ; prise pour une hernie.

OBS. LXXVII (Labbé). — Au-dessous de l'ombilic.

OBS. LXXVIII (Boye). — Entre épine iliaque antérieure et inférieure, et ligne médiane.

OBS. LXXIX (Billroth). — Au-dessous de l'ombilic.

OBS. LXXX (Péan). — A quelques centimètres de l'épine iliaque antérieure et inférieure, au-dessus du ligament de Fallope.

OBS. LXXXI (Bruntzel). — Bord inférieur à 6 centimètres au dessous de l'ombilic.

OBS. I (Thèse de Bireaud). — Au dessus du pli de l'aîne.

OBS. II (Thèse de Bireaud). — Dans le bas-ventre du côté gauche.

OBS. III (Thèse de Bireaud). — Dans la fosse iliaque gauche.

OBS. IV (Thèse de Bireaud). — A gauche de la ligne médiane à quatre travers de doigt au dessus de l'arcade de Fallope.

OBS. VI (Thèse de Bireaud). — Au niveau de la fosse iliaque droite.

Nous voyons donc que dans 60 observations sur 80 environ, puisque sur les 87 observations recueillies dans le mémoire de MM. Labbé et Rémy, il s'en trouve au moins 10 ou 12 qui se rapportent soit à des

sarcomes soit à des fibro-sarcomes et que par conséquent nous rejetons, les tumeurs se trouvaient dans la partie latérale et inférieure de l'abdomen.

D'ailleurs l'on pourrait expliquer vraisemblablement l'existence de ces fibromes dans des points éloignés du trajet du ligament rond, en supposant avec Léopold l'existence de fibres aberrantes provenant de faisceaux qui se seraient perdus chez l'embryon entre les muscles de l'abdomen pendant le développement de cet organe ; ou bien en admettant la migration de ces fibromes, qui se produirait le plus souvent à l'insu de la malade.

Une observation de M. Hartmann nous autorise à soulever la question et à nous demander si cette hypothèse n'est pas vraisemblable :

OBSERVATION XVI

M^e X..., 27 ans. — Avant le début de la dernière grossesse, il y a un an environ, elle a remarqué au niveau de la partie latérale droite du ventre, un peu au-dessus de l'arcade crurale, l'existence d'une tumeur dure, mobile, et paraissant située immédiatement sous la peau.

Pendant la grossesse cette tumeur paraît se déplacer,

se portant en haut et à gauche de l'ombilic puis s'étala peu à peu,

Quoi qu'il en soit, cette hypothèse ne s'appliquerait qu'à un petit nombre de faits puisque dans la majorité des cas ces fibromes se trouvent là où ils devraient être logiquement, c'est-à-dire en des points voisins du ligament rond.

Mais il est un fait constaté à l'examen histologique de ces tumeurs, qui nous paraît avoir une très grande importance, et prouver à lui seul la pathogénie que nous soutenons, puisque « les éléments associés ne sont que les vestiges des tissus où le fibrome a pris naissance et diffèrent suivant le siège du néoplasme » (Reclus) : c'est la présence de fibres musculaires lisses.

MM. Labbé et Rémy assurent « que le fait est accidentel et ne prouve pas grand'chose », nous croyons au contraire qu'il n'est point aussi rare qu'on veut bien le dire puisque M. Duchêne Marullaz en rapporte plusieurs observations dans sa thèse et que contrairement à l'affirmation de MM. Labbé et Rémy nous avons celle de M. Gombault.

MM. Doleris et Mangin disent en effet : « Nous avons vu combien les fibromyômes de la paroi abdominale semblaient rares si l'on s'en rapporte à la littérature médicale. Ils ne sont pas aussi exception-

nels qu'on pourrait le croire ainsi que nous le montrent nos observations et les faits que nous a cités M. Gombault » ; et plus loin : « M. Gombault à qui nous avons montré les préparations de ces trois cas nous a dit avoir eu l'occasion de pratiquer deux ou trois fois l'examen histologique de fibromes de la paroi abdominale, et d'avoir également constaté qu'il s'agissait de fibromyôme ».

Enregistrons précieusement cette opinion d'un savant tel que M. Gombault, car il se pourrait bien que si l'on n'a pas signalé plus souvent des fibres musculaires lisses dans ces tumeurs, c'est qu'on les a mal cherchées ou confondues avec les éléments du fibrome.

D'autre part, il se pourrait aussi qu'il ne s'en trouvât pas dans les parties prélevées pour l'examen histologique et qu'elles existassent dans le reste de la tumeur en y formant des îlots irréguliers : dès lors, on voit la nécessité à l'examen de ces fibromes de faire des coupes microscopiques sur des morceaux prélevés en différents points et de ne pas se borner à l'examen d'une seule partie où les fibres musculaires lisses pourraient ne pas exister.

Nous rapportons ici toutes les observations que nous avons pu nous procurer, ayant trait à cette texture si caractéristique :

OBSERVATION XVII. — Fibromyôme de la paroi antérieure de l'abdomen présenté à la Société de Médecine pratique de Paris, le 5 novembre 1885, et publié dans le journal de Médecine de Paris, n° 24, 13 décembre 1885.

M. Duchaussoy communique l'observation d'une femme de 24 ans, qui, étant venue le consulter il y a cinq semaines, portait à la partie inférieure gauche de l'abdomen une tumeur du volume des deux poings, très dure, sans changement de coloration à la peau, existant depuis environ onze mois, et n'ayant en rien gêné une grossesse évoluant à cette époque. Lors de ce premier examen, la tumeur, qui s'étendait jusqu'à la ligne blanche, paraissait contracter des adhérences avec l'os iliaque et l'arcade crurale. Pendant trois semaines, on institua un traitement à l'iodure de potassium ; non seulement on n'obtint pas de résultat, mais il se produisit une augmentation de 4 centimètres dans tous les sens. L'opération est alors résolue.

Incision longue de 20 centimètres. L'aponévrose du grand oblique incisée, on tombe sur la tumeur qui est fixe. Impossibilité de lui imprimer des mouvements. Dissection faite autant que possible avec les doigts. Adhérences solides avec la crête iliaque et l'arcade crurale. Les bosselures senties à travers la peau ne tenaient pas à la nature même de la tumeur, mais à des brides formées par les piliers de

l'arcade crurale. Le muscle transverse était confondu avec la production morbide et comme dégénéré. Enucléation au bout d'une heure. A la face inférieure, le néoplasme était en rapport avec le péritoine qui a été mis à nu sur une surface carrée de 12 centimètres. L'hémostase, facile dans la plus grande partie de la plaie, le fut moins au niveau des adhérences, où il fut impossible de maintenir des ligaturés ; aussi, suivant la méthode de Péan, M. Duchaussoy se contenta de laisser sur les points saignants des pinces hémostatiques pendant vingt-quatre heures. Rapprochement des lèvres de la plaie. Sutures. Drain.

Après l'opération, douleurs immédiates dans la cuisse et le genou. Le lendemain jusqu'au troisième jour, sueurs profuses. La plaie s'est réunie par première intention dans la plus grande partie de son étendue.

M. Duchaussoy présente la tumeur qui pèse deux kilogrammes et, à la vue, offre l'aspect du fibrome. Diagnostic histologique : fibro-myôme ; les éléments fibreux sont en petite quantité au milieu des fibres lisses.

M. M. Brochin, demandant si les injections sous-cutanées d'ergotine ont été employées, M. Duchaussoy répond qu'il n'y avait pas lieu dans ce cas. Quant aux pansements, ils ont dû être renouvelés, tant dans les premières vingt-quatre heures, à cause de la présence des pinces, que par la suite, en raison d'un suintement séreux très considérable.

OBSERVATION XVIII. — Fibro-myôme de la paroi abdominale simulant une tumeur viscérale. — Observation de M. Van Engelen. — Cercle médical de Bruxelles, 6 novembre 1896.

Femme de 35 ans ; a ressenti des douleurs, depuis sa dernière grossesse remontant à 8 ans, en même temps que se développait dans le ventre, une tumeur dure et allongée.

Etat général excellent.

L'examen gynécologique ne donna aucun renseignement. La tumeur semblait en rapport avec les organes abdominaux. L'opération montra que le néoplasme était situé dans la paroi abdominale.

A l'examen histologique : fibro-myôme.

OBSERVATION XIX. — Observation de M. le Professeur Poncet, in thèse de Lyon, 1898, de Duchêne-Marullaz.

D... Marguerite, 27 ans, cultivatrice, née à Rongères (Allier) entrée le 28 mars 1897.

Rien de spécial dans les antécédents héréditaires.

Personnellement bonne santé habituelle. N'a jamais été malade. Réglée à 14 ans, régulièrement depuis. Depuis un mois et demi, le sang revient tous les 14 jours. Cela dure deux jours, et l'écoulement est peu abondant.

Mariée depuis trois ans et demi, une grossesse ; l'enfant a actuellement deux ans et se porte bien. A la suite de l'allaitement qui dura quatorze mois, la malade était affaiblie. A cette époque, c'est-à-dire au mois de juin dernier, la malade en courant, ressentit tout d'un coup un point de côté dans l'hypochondre gauche.

Elle fit son travail cependant, mais le lendemain matin, comme elle souffrait encore, elle porta la main au point douloureux et sentit alors une petite boule du volume d'une noix. Cette boule persista et grossit de jour en jour ; au mois de septembre, elle consulta un médecin qui la suivit pendant quelque temps. Au mois de juin, ce médecin lui conseilla de se faire opérer ; d'autres, consultés, furent du même avis, et la malade entra à l'Hôtel-Dieu.

Etat actuel. -- On voit à la simple inspection, sur le côté gauche, une tumeur soulever la paroi. A la palpation, on sent que cette masse est dure, irrégulièrement arrondie, et remplit toute la moitié gauche de l'abdomen.

Plus exactement délimitée par la palpation profonde, on trouve qu'en haut elle va en s'effilant et se pédiculisant un peu jusqu'aux fausses côtes. En dehors elle s'arrête un peu en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, en dedans elle ne dépasse pas l'ombilic ; enfin, en bas, elle descend jusqu'à une ligne horizontale, passant à deux travers de doigt au-dessous des épines iliaques antéro-supérieures.

La pression est douloureuse.

Cette tumeur paraît assez superficielle et semble appartenir à la paroi musculaire. La peau se déplace facilement au-devant d'elle. La mobilisation de la tumeur est très limitée, quand on ordonne à la malade de s'asseoir sur son lit, la tumeur proémine en avant et l'on remarque que sa fixité et sa dureté sont augmentées.

Toucher vaginal : L'utérus est en rétro-version et indépendant de la tumeur.

L'état général est excellent. La malade continue son travail ; mais elle souffre en marchant et la nuit. Elle a maigri depuis le début de la tumeur.

Ablation le 6 avril.

La tumeur est assez régulièrement ovoïde. Elle pèse 480 grammes.

La structure est homogène, sa consistance très ferme.

La couleur est rosée avec des parties un peu plus pâles et de nombreuses fibres nacrées et fibreuses.

Des coupes histologiques pratiquées à main levée ont permis de reconnaître au sein de la tumeur, l'existence de fibres musculaires lisses. Il s'agit donc d'un fibro-myôme.

Les divers procédés de recherche et de coloration microscopique ont vérifié cette conclusion.

OBSERVATION XX. — Fibro-myôme de la paroi abdominale par Doléris et Mangin (Observation résumée).

M^e G..., 37 ans. — Pas d'antécédents héréditaires. Réglée à 12 ans. Mariée à 20 ans, 3 enfants en 4 ans, le quatrième 12 ans après. Deux mois après le début de la dernière grossesse, la malade sentait une pesanteur dans le bas ventre, et une tumeur qui semblait se déplacer quand la malade se levait. M. Doléris, diagnostique grossesse et tumeur : accouchement heureux ; et ovariectomie 4 mois après. (*La nature de cette tumeur n'est pas indiquée dans l'observation, il en est de même du siège*).

Quelques mois après, douleurs vagues dans le flanc droit : M. Doléris diagnostique un fibrome dans l'épaisseur du muscle transverse.

Opération le 3 août 1891.

On incise sur les deux tiers supérieurs d'une mince cicatrice qui permet de reconnaître une poche d'éventration de 5 à 6 centimètres de diamètre à l'angle inférieur. On s'aperçoit que la tumeur sentie du côté droit fait une très petite saillie au dessous de la couche fibreuse sous péritonéale et que par conséquent, il est plus simple de pratiquer l'ablation du fibrome par une incision à la peau. On referme la plaie abdominale et on incise la paroi latérale droite de l'abdomen au point correspondant à la tumeur. Au fond de

Puyaubert

l'incision, on saisit une tumeur blanchâtre, de la grosseur d'un œuf, logée profondément au milieu des masses musculaires.

Suture et drainage, suites opératoires très simples.

OBSERVATION XXI. — Fibromyôme de la paroi abdominale par Doléris et Mangin (Observation résumée).

M^{me} Adrienne D..., 26 ans (sœur de M^{me} G...).

Réglée à 12 ans, toujours régulièrement. Mariée à 19 ans, accouchée à 21 ans ; accouchement normal.

Il y a 4 mois, M^{me} D... s'aperçut qu'il lui venait dans l'aîne droite une tumeur dure qui grossissait rapidement.

Cette tumeur est située exactement au-dessus de l'arcade de Fallope, avec laquelle elle est fusionnée par en bas. Par en haut, au contraire, on peut bien passer les doigts derrière elle.

La forme est ovoïde, allongée parallèlement à l'arcade. Le volume est égal à celui d'un œuf de poule.

Opération le 27 mars 1895 ; incision parallèle à l'arcade crurale. La partie inférieure de la tumeur est fusionnée avec les fibres de l'arcade crurale, qu'il faut sectionner aux ciseaux du côté du pubis.

Quatre sutures profondes et totales au crin de Florence ; deux points superficiels. Examen histologique : fibromyôme.

Deux mois après l'opération de Doléris, un noyau

induré commença à réapparaître, un peu au-dessus de la cicatrice. En janvier 1896, Mangin la vit et constata une tumeur de la grosseur du poing, un peu allongée, dure, bosselée, sans adhérences avec la peau, mais avec adhérences profondes.

Opération acceptée en février 1896 seulement.

Tumeur très adhérente au péritoine. Dans le pédicule, on trouve une grosse artère branche de l'épigastrique, ce qui fit supposer que le point de récidence avait dû paraître au niveau du canal inguinal. Au cours de l'opération, celui-ci fut largement ouvert, la tumeur plongeant dans l'abdomen par cet orifice.

Suites opératoires très simples les cinq premiers jours, puis érysipèle. Guérison rapide.

Examen histologique de ces trois tumeurs pratiqué par M. Bourges. — L'aspect étant le même pour les trois tumeurs, la même description s'applique à chacune.

Certaines parties périphériques de ces tumeurs donnent l'aspect du fibrome compact : masses fibreuses homogènes, peu ou pas fasciculées, très peu vasculaires, contenant une très petite quantité de cellules fixes. Au milieu de ces blocs fibreux sont enchassées quelques fibres musculaires striées, qui ont été dissociées par le fait du développement anormal du tissu fibreux environnant. Cette structure observée sur certaines coupes, provient de ce que la tumeur fait corps en ces points avec l'aponévrose extrêmement épaissie.

Les vaisseaux sont peu nombreux surtout dans les coupes de la première tumeur.

En résumé : le groupement en rubans et en îlots des cellules qui composent la majeure partie de ces tumeurs,

leur enlacement par des faisceaux conjonctifs, la vascularité du tissu et surtout l'aspect particulièrement allongé de ces cellules fusiformes, ainsi que la forme en bâtonnets sinueux de leurs noyaux, qui est particulièrement caractéristique de la fibre lisse et s'observe très bien dans les trois cas surtout après dissociation ou dans les coupes colorées par la safranine permettent de considérer ces tumeurs comme étant de nature fibro-myomateuse.

OBSERVATION XXII. — Fibro-myôme de la paroi abdominale par Glantenay et Fresson. (in Bulletin de la Société anatomique de décembre 1898).

MM. Glantenay et Fresson présentent une volumineuse tumeur de la paroi abdominale, qui s'énucléa pour ainsi dire quand M. Nélaton incisa la paroi croyant aller à la rencontre d'un kyste de l'ovaire. Elle pèse 6,500 grammes ; la femme qui la portait depuis deux ans, était âgée de 51 ans. Il s'agit peut-être d'un fibrome ramolli ; l'examen histologique sera pratiqué et communiqué ultérieurement.

Examen microscopique. — La tumeur se compose de deux tissus : conjonctif et musculaire lisse. Le tissu conjonctif, coloré en rose par le carmin, est du tissu fasciculé. Il est formé en effet de faisceaux onduleux, avec quelques éléments cellulaires allongés, présentant les caractères de cellules fixes du tissu conjonctif. Pas d'autres éléments cellulaires, pas de leucocytes. Ces faisceaux conjonctifs ont

une orientation tout à fait irrégulière. On ne discerne par aucune coloration, ni même par l'orcéine, la présence de fibres élastiques.

Le tissu musculaire présente l'aspect habituel des fibres lisses. Il est formé d'éléments allongés, à corps protoplasmiques grêles, fusiformes, se colorant en jaune par le carmin picrique et à noyaux onduleux allongés en bâtonnets. Ces fibres lisses sont réunies le plus souvent en faisceaux peu volumineux. Certaines sont coupées en travers. C'est dire que leur disposition comme celle du tissu conjonctif, n'affecte aucune espèce de régularité.

L'intrication des deux variétés de tissu ne présente elle-même aucun ordre apparent. Il semble que le tissu musculaire lisse l'emporte en abondance sur le tissu conjonctif. La zone de ramollissement est formée d'une substance granuleuse, n'ayant aucun caractère tissulaire, se colorant en jaune par le picro-carmin et en bleu par la thionine. La tumeur contient des vaisseaux sanguins; ce sont des capillaires, avec leur structure ordinaire; les vaisseaux plus importants sont en très petit nombre, et quelques-uns sont thrombosés.

Cette tumeur est un exemple d'une variété tout à fait exceptionnelle de néoplasmes de la paroi abdominale. Jusqu'à présent les tumeurs à fibres musculaires lisses de cette région ont été regardées comme des raretés et même les exemples qui en ont été rapportés ont été considérés par certains auteurs comme peu probants. Dans le cas présent, la nature musculaire de la tumeur ne saurait, de l'avis de M. Cornil, être mise en doute.

C'est probablement aux dépens du *ligament rond*,

peut-être de fibres aberrantes, que ce ligament laisserait échapper, sous le péritoine pariétal, que cette tumeur s'est développée.

Cela fait donc avec le cas de Buntzen, un second de van Engelen et les 3 faits de M. Gombault, que nous n'avons pu nous procurer et que par conséquent nous ne rapportons pas ici, un total de 12 observations environ où l'on a constaté la présence de fibres musculaires lisses.

Dès lors un fait aussi général doit avoir une signification, et l'on doit se demander d'où proviennent ces fibres lisses : Vogel et Robin n'auraient pas été embarrassés pour en expliquer la genèse : ils croyaient à l'éclosion spontanée des fibres musculaires lisses au sein d'un blastème, de même que Foerster et Arnold croyaient à la transformation des éléments du tissu conjonctif en fibres musculaires lisses. Mais avec nos idées actuelles, il faut dire avec Remak : « *Omnis cellula e cellula ejusdem naturæ* » ; admettre que « tout néoplasme se développe par prolifération d'éléments cellulaires du même type que ceux qui le constituent » ; croire avec Bard que « les cellules ne peuvent pas se transformer les unes dans les autres et que chaque cellule différenciée de l'organisme peut engendrer des tumeurs qui conserveront le type de la cellule originelle et permettront

toujours de reconnaître quelle a été la cellule qui en a été le point de départ. » Il faut en un mot soutenir la spécificité cellulaire, c'est-à-dire soutenir ce fait « que les divers types cellulaires constituent tout autant de familles, de genres et d'espèces, qui comme les familles, les genres et les espèces animales peuvent bien remonter dans la famille ancestrale à une souche commune, mais qui ont poursuivi leur évolution collatérale et sont devenues inaptes à se transformer les unes dans les autres. »

Mais quelle est la partie qui va donner naissance à ces fibromes ? Faut-il admettre l'hypothèse de M. Poncet, soutenue par Duchêne, qui suppose qu'il peut exister dans la paroi abdominale des fibres musculaires lisses qui se développent sous l'influence de la grossesse ? Mais c'est une hypothèse purement gratuite et que Duchêne lui-même n'a pu confirmer puisque dans trois examens histologiques il n'a pu trouver aucune fibre lisse dans la paroi abdominale de femmes enceintes.

Faut-il faire venir ces fibromes des fibres musculaires lisses, contenues dans les artères et dans les veines de la paroi ? nous croyons que c'est aller chercher bien loin ce qui explique si bien la théorie du ligament rond, en reconnaissant comme point de départ, aux fibro-myômes, le tissu musculaire lisse de cet organe.

Et de même que dans son trajet, il donne nais-

sance, soit à des fibromes, soit à des fibro-myômes, de même ici il donnerait l'une ou l'autre de ces tumeurs.

L'on pourrait nous objecter que ces fibro-myômes sont des tumeurs distinctes des fibromes de la paroi abdominale, qu'il est possible lorsqu'on a constaté dans une tumeur, la présence de fibres musculaires lisses qu'elle provient du ligament rond, mais qu'il faut donner aux fibromes purs une autre origine ; s'il en est ainsi, comment expliquer cette observation de Grätzer où deux tumeurs identiques étaient situées de chaque côté de la ligne médiane : or l'une était un fibrome et l'autre un fibro-myôme. Il faudrait donc admettre une origine distincte pour chaque néoplasme et séparer au nom de la pathogénie, des tumeurs semblables en tout point. Cela nous paraît impossible, nous rapportons l'observation, afin qu'on puisse en juger :

OBSERVATION XXIII. — Un cas de fibrome bilatéral des parois de l'abdomen par Grätzer (Inaug. Dissert. Breslau, 22 juillet 1879) (Observation résumée).

D... D.... âgée de 33 ans ; toujours bien portante.
Menstruée régulièrement depuis l'âge de vingt ans sur

le type à quatre semaines. A accouché deux fois, la dernière fois il y a trois ans ; accouchement et suites normales.

Il y a deux ans et demi, la malade sentit des deux côtés du ventre des tumeurs de l'étendue de la paume de la main, mobiles sous la peau, et non douloureuses. Depuis cette époque, les deux tumeurs s'accrurent doucement, mais continuellement, sans douleurs et sans atteinte de l'état général.

Etat au 29 octobre 1878 :

Femme d'aspect anémique. Elle montre sur la paroi antérieure de son ventre, très irrégulièrement déformé, une tumeur plus grosse qu'une tête d'enfant à droite, une tumeur plus petite à gauche. Les deux tumeurs sont séparées par un sillon formé par la ligne blanche et l'ombilic. La tumeur droite est solidement unie avec le tissu conjonctif sous-cutané ; à gauche, la peau se laisse partout soulever. Les tumeurs se laissent déplacer avec la paroi abdominale. La droite atteint jusqu'au bord libre des côtes, et l'extrémité supérieure du muscle droit passe au-dessus d'elle.

La tumeur gauche est ovoïde, plus plane, de l'étendue de la main ; son grand axe est placé obliquement ; à son extrémité supérieure s'ajoute un petit noyau. Les deux tumeurs sont séparées des fosses iliaques : entre la tumeur et la partie antérieure du bassin est un espace de trois doigts.

La consistance des deux tumeurs est solide dure et égale.

Diagnostic. — Tumeurs fibreuses de la gaine du muscle droit de l'abdomen. Usure probable de la paroi postérieure de la gaine du côté droit.

30 Septembre. — Opération de la tumeur du côté droit.
Poids de la tumeur 1 kilogramme.

19 février. — Ablation de la tumeur gauche. *Les rapports topographiques avec les muscles sont identiques des deux côtés.* Intimement soudée à un péritoine aminci.

L'examen microscopique donne pour la tumeur de droite les caractères d'un fibro-myome avec des faisceaux de fibres musculaires lisses, larges, souvent rubannés avec des noyaux brillants ovales. Nulle part de fibres musculaires striées. Cette constatation de fibres lisses dans une tumeur issue d'aponévroses avec lesquelles ne se trouvent en rapport que les fibres striées des muscles de la paroi abdominale, n'est certainement pas sans intérêt. Cela ne peut s'expliquer qu'en admettant l'hypothèse de Cohnheim : embryonale Geschwulstanlage.

La tumeur gauche, du volume du poing, était grossièrement mamelonnée, d'aspect blanc, rougeâtre à la coupe, extrêmement dure. Au microscope la tumeur montrait un tissu conjonctif ondulé, fasciculé, rangé en groupes isolés qui tantôt se croisaient à angle droit ou oblique, tantôt couraient parallèlement. Il y avait proportionnellement très peu d'orifices vasculaires ; à l'intérieur de la tumeur se trouvait une partie en état de dégénérescence myxomateuse.

C'était donc un *fibrome myxomateux* de la paroi abdominale.

Ce ne sont pas seulement des preuves anatomiques que nous apportons à la théorie de l'origine ligamentaire ce sont aussi des preuves physiologi-

ques : il est impossible de ne pas être frappé des relations indéniables qui existent entre ces tumeurs et l'appareil sexuel de la femme : d'abord elles se développent chez la femme jeune et au moment de la période d'activité génitale ; elles provoquent souvent des troubles des règles et les règles ont une action sur leur développement ; enfin la grossesse surtout leur imprime une marche particulière et une évolution plus rapide. Or comment expliquer toutes ces relations si l'on admet qu'elles se développent aux dépens des aponévroses de l'abdomen ? Pourquoi provoqueraient-elles alors de la dysménorrhée, pourquoi augmenteraient-elles sous l'influence des règles et de la grossesse ? Autant de questions qu'il serait impossible de résoudre, tandis que nous voyons le ligament rond participer de tout point à l'évolution de l'appareil génital et en suivre les différentes phases : ne s'hypertrophie-t-il pas pendant la grossesse au point d'atteindre le volume du petit doigt ?

Enfin il est un dernier argument et dont la valeur n'échappera à personne, qui vient confirmer cette thèse : c'est la similitude absolue entre les symptômes des fibromes de la paroi abdominale et les symptômes de ceux du ligament rond :

« Dans tous les cas connus les fibromyômes du ligament rond se sont développés chez les multipares. Il semble donc que les grossesses jouent un certain rôle pathogénique, mais on ne peut rien affirmer sur

ce point, les femmes qui ont eu des enfants étant plus nombreuses que celles qui n'en ont pas eu.

« Les tumeurs augmentent surtout à l'époque des règles. Cependant et il y a là comme une sorte de contradiction la ménopause ne paraît nullement influencer l'évolution de ces tumeurs.

« Dans une première phase ; évolution lente, puis la phase se modifie, la tumeur se met tout à coup à augmenter de volume et à partir de ce moment son accroissement est très rapide.

« A partir du moment où la marche devient rapide, la tumeur retentit profondément sur l'état général. En dehors de toute espèce de complication la santé s'altère, etc. (Delbet et Héresco).

Qu'on se reporte au chapitre des symptômes et l'on verra les points de ressemblance, je dirai même l'identité des deux symptomatologies. Toutefois les fibromes du ligament rond n'ont jamais été rencontrés chez les multipares, cela tient probablement au petit nombre d'observations que l'on possède : il faut savoir attendre et l'on en observera sûrement des exemples.

Dès lors, puisque nous admettons, mais non exclusivement, cette théorie, comment le développement de la tumeur se fait-il ? Nous pouvons admettre que ces fibromes proviennent directement du ligament rond et qu'ils subissent une migration, comme nous l'avons indiqué plus haut, ou bien accepter l'hypothèse du P^r Léopold, d'après lequel ils résulte-

raient de quelque irrégularité survenue au troisième ou au quatrième mois de la vie fœtale dans la disposition des faisceaux musculaires du ligament rond ou dans son mode d'insertion : « Nous savons, dit-il, que les ligaments ronds partent des côtés de l'utérus pour s'étendre sous forme d'arcs en avant et en bas vers l'orifice inguinal interne : ils se dirigent ensuite confondus avec les fibres des muscles oblique interne et transverse vers le Mont de Vénus, où leurs fibres se perdent dans le *fascia superficialis*. Combien doit-il être facile que, pendant le processus de développement des ligaments ronds, quelques faisceaux de ce ligament rond se perdent vers en haut entre les muscles de l'abdomen, voire même se disposent en petits nodules à couches concentriques et y demeurent longtemps sous cette forme ».

Mais quelle serait l'étiologie de ces tumeurs ? La grossesse nous paraît certainement avoir une action ; mais elle n'explique pas tout : nous admettons pourtant avec M. le professeur Gross, de Nancy, qu'elle a une certaine influence : il croit avec Leddhérose que « la rupture musculaire au cours de l'accouchement si rupture il y a, est effet et non cause, mais que la congestion, la distension, le tiraillement de la paroi abdominale pendant la grossesse, la fatigue par les efforts de l'accouchement sont la cause occasionnelle, *causa movens*, qui fait éclore une néoplasie dont la cause première et déterminante doit être cherchée

dans une prédisposition locale et individuelle comme pour tout néoplasme en général. »

Mais dans un certain nombre de cas l'étiologie est encore obscure : ces tumeurs se développent souvent sans cause connue et il vaut mieux alors avouer notre ignorance que d'inventer des causes fantaisistes : il y a encore là, croyons-nous, un problème à résoudre.

On ne sait d'ailleurs pas d'avantage l'étiologie des fibromes utérins en général. Aussi bien n'est-ce pas ce point que nous visons ici, puisque c'est seulement la question d'origine et de siège qui nous occupe.

L'on nous reprochera peut-être de substituer à une théorie étiologique paraissant bien établie, une théorie pathogénique montrant bien au dépens de quel organe se développent ces tumeurs, mais laissant ignorer dans certains cas les causes qui les provoquent. Peut-être. Mais n'en n'est-il pas de même pour la théorie de l'accouchement ? donne-t-elle une explication satisfaisante de l'étiologie de ces fibromes ? La théorie aponévrotique explique-t-elle tous les phénomènes si particuliers dont ces tumeurs sont le siège ? Evidemment non. Quant à nous, nous avons voulu seulement essayer de critiquer une théorie trop exclusiviste ; nous avons essayé de montrer qu'elle ne s'appliquait pas à tous les faits, qu'il fallait être plus éclectique que cela et admettre des causes diverses provoquant le développement de fibromes pro-

venant le plus souvent du ligament rond, rarement des aponévroses de l'abdomen ou de cicatrices musculaires. Nous avons voulu seulement montrer que l'effort de l'accouchement n'expliquait pas tous les faits; qu'il y avait en réalité dans l'étiologie et la pathogénie de ces fibromes de la paroi abdominale quelque chose de très particulier puisqu'ils existent à peu près exclusivement chez la femme et dans les conditions très spéciales que nous avons étudiées : la théorie pathogénique que nous admettons mais non exclusivement, pour expliquer le développement de ces tumeurs a au moins le mérite d'expliquer un certain nombre de faits inexplicables auparavant.

Quant à distinguer cliniquement et savoir d'une façon certaine quelles sont les tumeurs qui se développent aux dépens du ligament rond et quelles sont celles qui proviennent des aponévroses de l'abdomen, nous croyons que c'est impossible et que seuls, le siège, les connexions, l'évolution et la structure du fibrome peuvent donner quelques indications probables sur son point d'origine.



CHAPITRE IV

Diagnostic. — Pronostic. — Traitement.

Le diagnostic des fibromes de la paroi abdominale est généralement facile, cependant dans certains cas et particulièrement lorsque la tumeur a acquis des dimensions considérables, on peut les confondre avec des tumeurs abdominales, surtout avec des kystes de l'ovaire : ce qu'il faut surtout rechercher disent MM. Labbé et Rény : « c'est l'immobilisation de la tumeur pendant la contraction des muscles de l'abdomen », soit en faisant pousser la malade, soit en la faisant asseoir sur son lit (Verneuil). Le premier procédé doit être préféré au second, car l'exploration se fait mieux en ordonnant à la malade de faire un petit effort, que dans la violente contraction musculaire que nécessite le mouvement de s'asseoir, et qui empêche de constater si une tumeur est mobile ou non dans la paroi abdominale trop tendue. Au contraire lorsque les muscles sont relâchés la tumeur est très mobile.

Le toucher vaginal devra toujours être pratiqué seul ou combiné avec le palper abdominal : on se rendra ainsi compte de la position de l'utérus ; on constatera que les culs-de-sac sont libres, que les régions ovariennes sont indemnes et que l'utérus est indépendant de la tumeur pendant les mouvements qu'on lui imprime.

Il est croyons-nous impossible de faire cliniquement et par la symptomatologie le diagnostic entre le fibrome de la paroi abdominale et le fibro-sarcome ; l'examen histologique peut seul trancher entre ces deux genres de tumeurs.

Il est également très difficile de distinguer les fibromes de la paroi abdominale, des autres tumeurs qui peuvent s'y développer : on arrivera parfois au diagnostic par exclusion. Les rapports avec le péritoine, qui autrefois importaient tant au chirurgien, nous intéressent beaucoup moins, depuis que grâce à l'antisepsie nous n'avons plus à redouter la péritonite.

Le pronostic est bénin ; on a signalé quelquefois leur récurrence mais cela est exceptionnel et M. Reclus à la Société de Chirurgie, a présenté en 1895, un malade de Verneuil, opéré en 1883, pour une tumeur fibreuse de l'abdomen : l'ablation avait été incomplète et pourtant, il n'y avait pas eu de récurrence ; il en conclut qu'il ne faut pas exagérer les craintes à ce sujet et ne pas croire « qu'il vaut mieux ne pas opérer plutôt que de faire une opération incomplète. »

Les anciens chirurgiens effrayés de l'ouverture possible du péritoine, cherchaient à provoquer la disparition de ces tumeurs par les fondants, les sétons, les cautères. Nous ne dirons pas combien ces moyens étaient illusoires, nous n'insisterons pas non plus sur la section ou la ligature sous-cutanée du pédicule, conséquence directe des idées de Huguier concernant la pathogénie des fibromes, pour en arriver rapidement au traitement actuel qui est l'ablation complète.

Incision suivant le grand axe de la tumeur ; on cherche à libérer les plans musculo-aponévrotiques en épargnant le plus possible la couche musculaire, de façon à éviter l'éventration ; si la tumeur ne présente pas d'adhérences avec le péritoine, tout est pour le mieux ; si elle lui est au contraire intimement unie et qu'on ne puisse la dégager sans perte de substance, on ne craindra pas de l'exciser selon les besoins. On suturera les bords de la séreuse ; quelques points de sutures profonds et superficiels fermeront la plaie, dans laquelle on pourra laisser un drain par précaution.

Avec l'asepsie, il est permis d'espérer que les suites opératoires doivent être nulles.

CONCLUSIONS

1° Les fibromes de la paroi abdominale s'observent à peu près exclusivement chez la femme. Les rares observations connues concernant l'homme sont sujettes à discussion, les examens histologiques n'ayant pas toujours été assez complets pour permettre d'affirmer qu'il ne s'agissait pas de sarcomes.

2° Outre la part d'inconnu qui existe encore dans leur étiologie, ils reconnaissent généralement pour causes : le plus souvent la grossesse, rarement le traumatisme.

3° Ils dérivent dans la plupart des cas du ligament rond : cependant quelques-uns peuvent provenir des aponévroses de l'abdomen ou de cicatrices musculaires.

4° Cette origine ligamentaire n'a rien qui doive surprendre, puisqu'on connaît très bien les fibromes développés aux dépens de la portion intra-abdominale et de la portion terminale (dans les grandes lèvres) du ligament rond. Pourquoi la portion intermédiaire ou intra-pariétale serait-elle indemne ?

5° Ces fibromes ne se rencontrent qu'à la période d'activité sexuelle: le plus souvent chez des multipares, quelquefois chez des nullipares ou chez des jeunes filles.

6° Ils présentent souvent à l'examen histologique des fibres musculaires lisses qui ne sont que les vestiges de celles que contient le ligament rond aux dépens duquel ils se sont développés.

7° Le diagnostic est généralement facile: ces tumeurs ne récidivent qu'exceptionnellement. Le seul traitement est l'ablation complète.

Vu :

Le Président de la thèse,

A. LE DENTU.

Vu :

Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer ;

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Baker-Brown.* — Medical Times and Gazette, 1870.
Berger. — Bulletin de la Société de Chirurgie, 1894.
Bodin. — Thèse de Paris, 1861.
Bircaud. — Thèse de Bordeaux, 1897.
Bouilly. — Thèse d'agrégation, 1880.
Boulenger. — Académie de Médecine, XIII, 1842.
Claude et Tuffier. — Bulletin de la Société d'Anatomie, 1895.
Cornils. — Thèse de Kiel, 1865.
Damaliæ. — Thèse de Paris, 1886.
Daniel Mollière. — Gazette des Hôpitaux, 1886.
Delbet et Hèresco. — Fibromyômes du ligament rond.
Revue de Chirurgie, 1896.
Deuulf. — Thèse de Paris, 1839.
Duchêne Marulaz. — Thèse de Lyon, 1898.
Folet. — Bulletin médical du Nord, 1894.
Gractzer. — Thèse de Breslau, 1879.
Guerrier. — Thèse de Paris, 1883.
A. Guinard. — Art. du Traité de Chirurgie, 1899.
U. Guinard. — Revue de Chirurgie, 1898.
Gross. — Revue médicale de l'Est, 1875.

Gross, Rœhmer et Vautrin. — Traité de Pathologie, 1893.

Guyon. — Bulletin de la Société de Chirurgie, 1875.

— Tribune médicale, 1877.

Haquin. — Thèse de Paris, 1888.

Hartmann. — Annales de Gynécologie, 1886.

Herzog. — Thèse de Munich, 1883.

Huguier. — Bulletin de la Société de Chirurgie, 1860.

Kramer. — Semaine médicale, 1896.

Labbé et Remy. — Traité des fibromes de la paroi abdominale, 1888.

Laroyenne. — Gazette des hôpitaux, 1869.

Leddhérose. — Deutsche Chirurgie, Stuttgart, 1890.

Ledru. — Cinquième Congrès français de chirurgie, 1891.

Lemoke. — Thèse de Berlin, 1884.

Léofold. — Arch. für Gynæk. Bd. XXI, 1889, p. 412.

Lequette. — Thèse de Lille, 1894.

Lisfranc. — Gazette médicale, 1837.

Loisnet. — Thèse de Paris, 1888.

Maksoud-Cherbetian. — Thèse de Paris, 1883.

Doléris et Mangin. — La gynécologie, 1896.

Michaux. — Traité de chirurgie, 1893.

Monod. — Bulletin de la Société de chirurgie, 1893.

Monteils. — Bulletin de la Société de chirurgie, 1897.

Nicaise. — Bulletin de la Société de chirurgie, 1878-1886.

Nélaton. — Gazette des hôpitaux.

Noget. — Gazette médicale de Paris, 1891.

Noirot. — Thèse de Paris, 1897.

Panuzo y Munoz. — Thèse de Naples, 1895.

- Péan.* — Traité des tumeurs abdominales.
Pic. — Lyon Médical, 1888.
Reclus. — Bulletin de la Société de chirurgie, 1895.
Salesses. — Thèse de Paris, 1876.
Saenger. — Archiv. für Gynækologie, 1884.
Segond. — Gazette des hôpitaux, 1888. — Semaine médicale, 1890.
Sklifowsowski. — Thèse de Moscou, 1882.
Suadicani. — Thèse de Kiel, 1875.
Témoin. — Septième Congrès de chirurgie, 1893.
Terrillon. — Bulletin général de thérapeutique, 1886.
Thomas. — American Journal of Obstetrics, 1879.
Tillaux. — Chirurgie clinique. Tome II, 1891.
— Annales de gynécologie et d'obstétrique.
Turner. — Thèse de Paris, 1894.
Verneuil et Quénu. — Bulletins de la Société de chirurgie, 1894.
Williams (Cornélius). — New-York medical Journal.

